

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

**EDUKACE PACIENTŮ S NESPECIFICKÝMI
STŘEVNÍMI ZÁNĚTY**

-

**EDUCATION OF PATIENTS WITH
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**

Petra Melicharová

Bakalářská práce

2012

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Petra Melicharová
Osobní číslo: Z08000101
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Edukace pacientů s nespecifickými střevními záněty
Zadávající katedra: Ústav zdravotnických studií

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl:

- 1) Zjistit, do jaké míry jsou pacienti s nespecifickými střevními záněty edukováni.
- 2) Zjistit, jakým způsobem edukace probíhá.

Východiska:

Teoretická část se bude zabývat rozdělením onemocnění, příznaky onemocnění, diagnostikou a léčbou onemocnění. Dále se zaměří na edukaci pacientů s nespecifickými střevními záněty a činnost sester v této oblasti.

Praktická část se bude zabývat zpracováním dat získaných dotazníkovým šetřením od pacientů s nespecifickými střevními záněty v gastroenterologických poradnách v Liberci a Jablonci nad Nisou

Předpoklady:

Předpokládám, že edukovaní pacienti znají opatření související s daným onemocněním.

Předpokládám, že pacienti znají komplikace související s daným onemocněním.

Předpokládám, že edukovaní pacienti dodržují opatření související s daným onemocněním.

Domnívám se, že nejčastější formou edukace je ústní forma.

Metoda: kvantitativní

Technika:

dotazník- individuální osobně předáváný

Místo a čas výzkumu:

Krajská nemocnice Liberec, a.s. a Nemocnice Jablonec nad Nisou, o.p., gastroenterologické poradny, březen 2012

Vzorek:

pacienti s nespecifickými střevními záněty v gastroenterologických poradnách

Rozsah grafických prací: např. 10 tabulek a 10 grafů
Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury: viz příloha

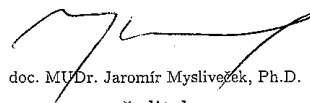
Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Miroslav Ryba
 Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 30. dubna 2010
Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2012

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor



doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel



V Liberci dne 30. listopadu 2010

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

- 1) ČIHÁK, R. Anatomie 2, Grada 2002, ISBN 80-247-0143-X
- 2) KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, Medica publishing 2000, ISBN 80-85936-23-2
- 3) LUKÁŠ, K. Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry, Grada 2005, ISBN 80-247-1283-0
- 4) ŠPIČÁK, J. Novinky v gastroenterologii a hepatologii, Grada 2008, ISBN 978-80-247-1783-8
- 5) GROFOVÁ, Z. Nutriční podpora, Grada 2007, ISBN 978-80-247-1868-2
- 6) www.ecco-ibd.eu
- 7) LUKÁŠ, M. Idiopatické střevní záněty, Galén 1998, ISBN 80-85824-79-5
- 8) JIRÁSEK, V., BRODANOVÁ, M., MAREČEK, Z. Gastroenterologie, hepatologie, Galén 2002, ISBN 80-7262-139-4
- 9) www.strevni-zanety.cz
- 10) www.zdravastreva.cz
- 11) www.crohn.cz
- 12) BUREŠ, J. Gastroenterologie 2006, Triton 2006, ISBN 8072545981
- 13) LANGMEIER, M. Základy lékařské fyziologie, Grada 2009, ISBN 978-80-247-2526-0
- 14) ČERVENKOVÁ, R. Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida, Galén 2009, ISBN 9788072626007
- 15) TARGAN, S., SHANAHAN, F., KARP, L.C. Inflammatory bowel disease, Springer 2005, ISBN 9781405157254
- 16) JUŘENÍKOVÁ, P. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi, Grada 2010, ISBN 978-80-247-2171-2
- 17) VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry, Grada 2006, ISBN 80-247-1262-8
- 18) KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty, Grada 2009, ISBN 978-80-247-2831-5
- 19) SVĚŘÁKOVÁ, M. Edukační činnost sestry, Galén 2012, ISBN 9788072628452

Studentka
Petra MELICHAROVÁ
Z08000101
Slovenského národního povstání 353
460 05 Liberec

Vyřizuje: Bc. K. Pecháčková/485 353 774

V Liberci dne 16. března 2012
č.j.: 12/8518/0127-02

Vyřízení k žádosti o změně tématu bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 12.3.2012, zaevidované pod č.j.: 12/8518/0127-01, Vám sděluji, že **souhlasím** se změnou tématu bakalářské práce.

Nové téma bakalářské práce: „Edukace pacientů s nespecifickými střevními záněty“.

S pozdravem


doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel



12/8518/0127-01
12-03-2012



ŽÁDOST

Jméno: PETRA MEZICHAROVÁ
Ročník: 3. Osobní číslo: 208000101 Datum narození: 24.12.1985
Studijní obor: VŠEOBECNÁ SESTRA Prezenční studium* / Kombinované studium*
Adresa trvalého bydliště: DOV. NA R. TOUSTAŇI 353; LIBEREC 5
Adresa určená pro doručování:
Číslo telefonu: 728 843 490 E-mail: PETRA.MEZICHAROVA@MUNMAIL.CZ

Odůvodnění

ŽÁDÁM O ÚPRAVU ZNĚNÍ TÉMATU BAKALÁŘSKÉ PRÁCE "EDUKACE PACIENTU S NESPECIFICKÝMI STŘEVNÍMI ZAKNĚTÝ" A S TÍM SOUVISEJÍCÍ ÚPRAVU CÍLŮ A PŘEDPOKLADŮ. PRŮVY ZA Kladné vyřízení mé žádosti.

Souhlasem Dr. R. B. 12.3.2012
v LIBERCI 12.3.2012

datum

podpis studenta

Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnil/a veškeré údaje.

VYJÁDRĚNÍ ÚSTAVU

Rozhodnutí ředitele:

Souhlas
14.3.2012

Rozhodnutí rektora:





TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

461 17 Liberec 1, Studentská 2

Tel.: 485 353 722 Fax: 485 353 721

Studentka

Petra MELICHAROVÁ

Z08000101

Holubova 512/9

463 12 Liberec 25

Vyřizuje: Bc. K. Pecháčková/485 353 774

V Liberci dne 20. června 2011

č.j.: 11/8518/0417-02

Vyjádření k žádosti ponechání tématu a o prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 3.6.2011, zaevidované pod č.j.: 11/8518/0417-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu a s prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce, a to do 30.6.2012.

S pozdravem

doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel


ŽÁDOST

Jméno : PETRA MELICHAROVA
 Ročník : 3. Osobní číslo : ZP000101 Datum narození : 24.12.1985
 Studijní obor : NEOBECNÁ ŽEŠTRA Prezenční studium* / Kombinované studium*
 Adresa trvalého bydliště : HOLUBOVA 512/9, LITEREČ 25
 Číslo telefonu : 728 843 990 E-mail : PETRA.MELICHAROVA@HUISPAIL-CZ


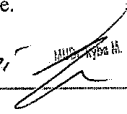
Odůvodnění

ŽÁDÁM O PONECHÁNÍ TÉMATU BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
 A O PRODLOUŽENÍ TERMÍNU ODEVZDÁNÍ
 BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (DIAGNOSTIKA A LÉČBA
 DO 30.6.2012. NESTECIFICKÝCH STŘEVNÍCH
 ZÁNETŮ)

V LIBERCI 3.6.2011
 datum


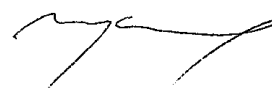

 podpis studenta

Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnil/a veškeré údaje.

 2.6.11 

VYJADŘENÍ ÚSTAVU

Rozhodnutí ředitele:


 9.6.2011 

Rozhodnutí rektora:

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 18.6. 2012

Podpis: 

Poděkování

Především chci poděkovat vedoucímu práce MUDr. Miroslavu Rybovi za spolupráci, cenné rady a podněty při vedení mé bakalářské práce. Dále chci poděkovat všem respondentům za vyplnění dotazníků, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout.

Anotace

Jméno a příjmení autora:	Petra Melicharová
Instituce:	Ústav zdravotnických studií Technická univerzita v Liberci
Název práce:	Edukace pacientů s nespecifickými střevními záněty
Vedoucí práce:	MUDr. Miroslav Ryba
Počet stran:	74
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2012

Tématem bakalářské práce je Edukace pacientů s nespecifickými střevními záněty. Cílem práce je zjistit, do jaké míry jsou pacienti s nespecifickými střevními záněty edukováni a jakým způsobem edukace probíhá.

Teoretická část se zabývá rozdělením nespecifických střevních zánětů, příznaky onemocnění, diagnostikou, komplikacemi a léčbou onemocnění. Dále se věnuje zásadám edukace a komunikace s pacienty, úloze sestry v edukační činnosti a popisuje jednotlivé edukační činnosti sestry u pacientů s nespecifickými střevními záněty.

Výzkumná část se zabývá zpracováním dat získaných dotazníkovým šetřením u pacientů s nespecifickými střevními záněty v gastroenterologických poradnách v Krajské nemocnici Liberec, a.s. a v Nemocnici Jablonec nad Nisou, o.p. Výzkum zjišťuje, do jaké míry jsou pacienti edukováni, jakým způsobem edukace u těchto pacientů probíhá a podíl sester na edukaci pacientů.

Klíčová slova: Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, edukace, komunikace

Annotation

Name and Surname of the author: Petra Melicharová

Institution: The institute of Health Studies
Technical University of Liberec

Title of the thesis: Education of patients with inflammatory bowel disease

Supervisor of the thesis: MUDr. Miroslav Ryba

Number of pages: 74

Number of attachments: 3

Year of defence: 2012

A subject of the Bachelor thesis is Education of patients with inflammatory bowel disease. The goal of this thesis is to find out how much are the patients with the inflammatory bowel disease educated and what the methods of education are.

The theory part deals with division of inflammatory bowel disease, sign and symptom of the disease, making diagnoses, complications and treatment of the disease. Subsequently the thesis pays attention patient's education and communication with them, nursing role in education process and describes particular educational activities of patients with inflammatory bowel disease done by nursing staff.

The research part deals with processing of data which were gained from patient's questionnaires. They were obtained in Gastroenterological counseling of District hospital Liberec, a.s. and Hospital Jablonec nad Nisou, o.p. The research finds out how much are the patients educated, what is the way of education and the nursing participation on the education.

Key words: Crohn's disease, ulcerative colitis, education, communication

Obsah

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	- 15 -
ÚVOD.....	- 16 -
I. TEORETICKÁ ČÁST	- 18 -
1. NESPECIFICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY	- 19 -
1.1. CROHNOVA CHOROBA	- 19 -
1.1.1. Příznaky onemocnění.....	- 19 -
1.2. UL CERÓZNÍ KOLITIDA.....	- 20 -
1.2.1. Příznaky onemocnění.....	- 20 -
1.3. MIMOSTŘEVNÍ (EXTRAINTESTINÁLNÍ) PŘÍZNAKY	- 21 -
1.4. KOMPLIKACE IDIOPATICKÝCH STŘEVNÍCH ZÁNĚTŮ	- 22 -
1.5. DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ	- 22 -
1.5.1. Laboratorní vyšetření	- 22 -
1.5.2. Zobrazovací metody.....	- 23 -
1.5.3. Endoskopické vyšetření	- 24 -
1.6. LÉČBA	- 25 -
1.6.1. Medikamentózní léčba	- 25 -
1.6.2. Biologická léčba	- 27 -
1.6.3. Chirurgická léčba	- 29 -
1.7. ŽIVOT S IBD.....	- 30 -
1.8. TĚHOTENSTVÍ A PLODNOST	- 30 -
2. EDUKACE PACIENTŮ S NESPECIFICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY	- 31 -
2.1. DEFINICE POJMU EDUKACE.....	- 31 -
2.2. EDUKAČNÍ PROCES	- 32 -
2.2.1. Typy edukace	- 33 -
2.2.2. Zásady edukace pro sestru	- 33 -
2.2.3. Sestra v roli edukátorky	- 34 -
2.2.4. Edukační bariéry ze strany pacienta	- 34 -
2.2.5. Edukační bariéry ze strany zdravotníka	- 34 -
2.2.6. Metody edukace	- 35 -
2.2.7. Formy edukace	- 35 -
2.3. EDUKACE PACIENTŮ O DIETNÍCH OPATŘENÍCH	- 36 -
2.4. POHYBOVÝ REŽIM	- 38 -
2.5. CESTOVÁNÍ S NESPECIFICKÝMI STŘEVNÍMI ZÁNĚTY	- 38 -
2.6. EDUKACE PACIENTŮ PŘI APLIKACI BIOLOGICKÉ LÉČBY	- 38 -
3. KOMUNIKACE S PACIENTEM.....	- 39 -
3.1. DEFINICE POJMU	- 39 -
3.2. DRUHY PROFESIONÁLNÍ KOMUNIKACE	- 39 -
3.3. ROZHOVOR.....	- 40 -

II. VÝZKUMNÁ ČÁST	- 41 -
4. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	- 42 -
5. METODIKA A ORGANIZACE VÝZKUMU	- 43 -
6. ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	- 45 -
7. DISKUZE	- 77 -
8. ZÁVĚR	- 82 -
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	- 84 -
SEZNAM TABULEK	- 86 -
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	- 87 -
SEZNAM PŘÍLOH.....	- 88 -

Seznam použitých zkratek

BMI	Body mass index (index tělesné hmotnosti)
CN	Crohnova nemoc
CRP	C – reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
ERCP	endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
FW	sedimentace červených krvinek
IBD	Inflammatory bowel disease (zánětlivé onemocnění střev)
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
UC	ulcerózní kolitida

Úvod

Tématem bakalářské práce je Edukace pacientů s nespecifickými střevními záněty. V dnešní době je edukace nedílnou součástí ošetrovatelství. Na sestry jsou v dnešní době kladeny stále vyšší požadavky v oblasti jejich vědomostí a dovedností. Úkolem sestry je umožnit pacientovi získání vědomostí a dovedností, které mu pomohou k optimálnímu chování u dané choroby. Edukace také vede ke zlepšení spolupráce mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Je velmi důležité pacienta správně edukovat a nepodceňovat tuto stránku ošetrovatelské činnosti.

Nespecifické střevní záněty jsou chronická onemocnění, která pacientovi ovlivňují život a nesou s sebou řadu komplikací. Příčina onemocnění není doposud zcela objasněna. Onemocnění není zcela vyléčitelné, a proto pacienta provází celý život. Trendem současné léčby je biologická léčba, která používá molekuly podobné přirozeným působkům v těle, získané genetickou manipulací mikroorganismů. Avšak je velmi finančně náročná. V České republice je v současnosti 23 center biologické léčby. Biologická léčba si klade za cíl zlepšit kvalitu života pacientů.

Nemoc má vliv i na psychický stav pacienta, proto by sestra měla být pacientovi oporou. Mnoho psychických problémů vyplývá z nedostatku informací a ze strachu z neznámého. Proto je dostatek informací pro pacienta tak důležitý. Sestra by měla vědět, jak správně k pacientovi přistupovat a jak s ním komunikovat. Měla by mít dobré teoretické znalosti a praktické dovednosti. K pacientovi by měla přistupovat individuálně, měla by ho motivovat. Musí být empatická a ochotná pacientovi s daným problémem pomoci. Od roku 2008 existuje v České republice Občanské sdružení pacientů s nespecifickými střevními záněty, které pořádá vzdělávací akce, přednášky, konzultace a vydává také informační a propagační letáky.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, do jaké míry jsou pacienti s nespecifickými střevními záněty edukováni a jakým způsobem edukace probíhá. Teoretická část se zabývá rozdělením nespecifických střevních zánětů, jejich příznaky, komplikacemi, diagnostikou a léčbou onemocnění. Dále se zabývá rolí sestry v edukačním procesu, správnými zásadami komunikace s pacienty a jednotlivými edukačními činnostmi sestry u pacientů s nespecifickými střevními záněty. Výzkumná část je zaměřena na způsob

a míru edukace pacientů s nespecifickými střevními záněty a na činnost sester v této oblasti.

I. Teoretická část

1. Nespecifické střevní záněty

Nespecifické střevní záněty je skupina onemocnění, u kterých není zcela známa příčina vzniku. Roli hrají imunitní reakce proti vlastním buňkám, při které buňky imunitního systému napadají trávicí systém, geny a také vnější prostředí. Mezi nespecifické střevní záněty patří ulcerózní kolitida (*colitis ulcerosa*) a Crohnova choroba (*morbus Crohn*). Onemocnění s sebou nese řadu komplikací a má vliv na kvalitu života lidí, kteří jsou nemocí postiženi. Pacienti se s onemocněním musí naučit žít, protože zatím není nemoc zcela vyléčitelná. U nemocných se střídá období vzplanutí zánětu (relapsy), s bezpříznakovými periodami klidu (remise). Z rizikových faktorů je za možný vyvolávající faktor považována strava. Předpokládá se, že určitý vztah k těmto zánětům může mít: pobyt v klimatizovaných místnostech, dlouhá a nepravidelná pracovní doba, infekce, stres, hygienické návyky, alergie a další. Vliv žádného z těchto faktorů nebyl ale jednoznačně prokázán. Kouření cigaret zlepšuje průběh ulcerózní kolitidy a naopak zhoršuje průběh Crohnovy choroby. Avšak v rámci léčby ulcerózní kolitidy nelze kouření doporučit. [2, 5, 18]

1.1. Crohnova choroba

Nemoc nese jméno podle B. B. Crohna, který spolu s L. Ginzburgem a G. Oppenheimerem popsali nemoc v roce 1932. Zánět postihuje stěnu trávicího traktu transmurálně, zánětlivé změny jsou segmentární až plurisegmentární. Sliznice je rozbrázděna hlubokými fisurami. Může postihnout kteroukoliv část trávicího traktu. Průběh je spíše kontinuální. [2, 9]

1.1.1. Příznaky onemocnění

Onemocnění většinou postihuje mladší osoby mezi 20. a 30. rokem. Klinický průběh může být různorodý. Onemocnění se často projevuje průjmy, zvracením, hubnutím, únavou, bolestmi břicha a nálezem krve ve stolici. Při akutním začátku dochází k projevům jako u akutní apendicitidy. Typickým projevem je tvorba píštělí. Píštěle

mohou být vnitřní (enteroenterické, enterokolické, enterovesikální, rektovaginální) a zevní. Další příznaky závisí na lokalizaci zánětu:

- Ileocekální oblast – Objevují se bolesti břicha, které mohou napodobit akutní apendicitidu, dále sem patří průjmy, hubnutí, zvýšená teplota.
- Postižení tenkého střeva – Pro tuto oblast jsou typické bolesti břicha, nadýmání, říhání, neprospívání, malnutrice, anémie.
- Postižení tlustého střeva – Mezi příznaky patří bolesti břicha, průjmy, enteroragie. Může docházet k poruchám střevní pasáže.
- Ano – rektální oblast – Zde dochází k hnisavým projevům u konečníku – abscesy, píštěle, vředy v řitním kanále.

Vyskytují se 3 různé formy Crohnovy choroby:

- 1) stenozující forma – Důsledkem zánětu je zesílení stěny a zúžení průsvitu střeva, které vede k omezení průchodnosti až neprůchodnosti střeva.
- 2) fistulující forma – Zánět proniká celou tloušťkou stěny, dochází ke slepení střeva s okolními orgány a vzniku píštělí (patologické propojení mezi orgány).
- 3) zánět omezený na stěnu bez vzniku píštělí

1.2. Ulcerózní kolitida

Jedná se o hemoragicko - katarální až ulcerózní zánět postihující sliznici konečníku, šířící se kontinuálně do vyšších partií tlustého střeva, s nárazovým nebo chronickým průběhem. Projevuje se rektálním nebo kolitickým syndromem. Karcinogeneze je výraznější než u Crohnovy choroby. [1, 9]

1.2.1. Příznaky onemocnění

Charakter obtíží u ulcerózní kolitidy je stereotypní na rozdíl od Crohnovy choroby. Při rektálním syndromu dochází k nutkavému pocitu defekace (*tenezmus*), při kterém se může společně se stolicí vyprazdňovat krvavý hlen nebo krev. U některých forem UC

dochází po evakuaci obvykle k přechodné úlevě. Při postižení levostranné části tlustého střeva je charakteristickým projevem kolitický syndrom. Stolice je řídká a vodnatá s přítomností krve, hnisu a hlenu. U závažných forem onemocnění jsou přítomny i celkové příznaky jako je slabost, hubnutí, únava, subfebrilie až febrilie. K typickým projevům ulcerózní kolitidy patří enteroragie. Ke krvácení dochází z překrvené a křehké sliznice rektu a dalších postižených částí tlustého střeva. Zánět postihuje pouze sliznici. Podle rozsahu zánětu rozlišujeme tři tvary ulcerózní kolitidy. Pokud zánět postihne konečnou část tlustého střeva- konečník, nazývá se proktitida. Charakteristickým projevem jsou tenezmy s odchodem krve nebo krvavého hlenu. Stolice je formovaná či zácpovitá, nemocný je bez průjmů. Dalším tvarem je tvar ohraničený, který zasahuje konečník a různou část tlustého střeva až do oblasti slezinného ohbí tračníku. Mezi projevy patří průjmy, krvácení z konečníku a tenezmy. Mohou se objevit i bolesti břicha v levém podbřišku. Pokud zánět přejde do pokročilého stadia, objevují se projevy celkového zánětu (subfebrilie až febrilie, hubnutí, křečovitě bolesti břicha). Posledním je rozsáhlý (extenzivní) tvar, ten postihuje všechny zmíněné části střeva a k tomu ještě příčný tračník a v některých případech celé tlusté střevo. Pacienti trpí větším počtem průjmovitých stolic s příměsí hlenu a krve a hrozí jim vznik dalších komplikací. K exacerbaci onemocnění dochází hlavně na jaře a na podzim. [10, 12]

1.3. Mimostřevní (extraintestinální) příznaky

- kloubní projevy – mohou být postiženy velké klouby nebo menší periferní klouby, artritidy, artralgie
- kožní projevy- erythema nodosum, pyoderma gangrenosum
- oční změny- záněty rohovky, spojivky, duhovky
- tvorba aftů v dutině ústní
- postižení žlučových cest – primární sklerotizující cholangitida (chronický zánět žlučových cest)

1.4. Komplikace idiopatických střevních zánětů:

Komplikace u ulcerózní kolitidy

Nejtěžší komplikací u ulcerózní kolitidy je **toxické megakolon**. Dochází k rozpětí tlustého střeva. Dilatací a snížením až vymizením peristaltiky dochází k porušení bariéry střevní stěny a k průniku toxinů do krevního oběhu a ke vzniku sepse. Může dojít až k perforaci (proděravění) střeva s následným zánětem pobřišnice. Léčba musí být intenzivní s podáním antibiotik a velkých dávek kortikosteroidů, a pokud nedojde ke zlepšení je nutné chirurgické řešení. Závažnou komplikací je **karcinom tlustého střeva**, který se častěji objevuje u nemocných trpících ulcerózní kolitidou déle než 10 let. Vzniku karcinomu obvykle předchází vznik **dysplazie**. Tito nemocní by měli být dispenzarizováni. Provádějí se u nich pravidelné endoskopické kontroly s mnohočetnými biopsiemi. [1, 2]

Komplikace u Crohnovy choroby

Mezi komplikace Crohnovy choroby patří vznik **perianálních abscesů a píštělí**. Mohou vést ke vzniku flegmóny (neohraničeného hnisavého zánětu) a k poškození funkce análních svěračů. Dále sem patří **stenózy** (zúžení průsvitu střeva), které mohou vyústit v poruchu střevní průchodnosti. Mezi relativně časté komplikace Crohnovy choroby patří **perforace**. Hluboký vředovitý defekt proniká celou stěnou střeva. Kolem něj se tvoří vazivové blány, které ohraničují šířící se zánět. Výsledkem je vznik abscesu a píštěle, uložené mimo střevní stěnu. Vzácnou komplikací je **masivní krvácení**, způsobené narušením stěny cévy v důsledku vředovitého zánětu. [1, 2, 18]

1.5. Diagnostika onemocnění

1.5.1. Laboratorní vyšetření

Ke stanovení aktivity UC a CN se využívá celá řada laboratorních parametrů.

- Nespecifické zánětlivé markery

Sedimentace červených krvinek (FW) – vysoká hodnota FW ukazuje na vysokou aktivitu zánětu

Krevní obraz – dochází k leukocytóze s posunem doleva. Další typickou změnou je mikrocytární, sideropenická anémie. Dále sem patří trombocytóza.

Bílkoviny akutní fáze- nejčastěji užíváme C- reaktivní protein (CRP)

- Imunoglobuliny (ASCA, pANCA) – Pozitivní výsledky testu ukazují s velkou pravděpodobností na Crohnovu chorobu, negativní nález onemocnění zcela nevylučuje. Přítomnost ANCA protilátek se vyskytuje u 60- 70 % nemocných ulcerózní kolitidou.
- Vyšetření stolice je stále častějším vyšetřením. Známkou zánětu na střevní sliznici je vyšší koncentrace kalprotektinu, bílkoviny, která se uvolňuje z bílých krvinek rozpadajících se ve střevě. Kontroluje se i vzhled stolice (přítomnost hlenu, krve). Důležité je i vyšetření stolice na kultivaci, které slouží k odlišení od infekčních kolitid. [2, 8]

1.5.2. Zobrazovací metody

- Enteroklýza

Toto vyšetření je obsolentní. Principem vyšetření je podání kontrastní látky přímo do tenkého střeva speciální sondou. Vyšetření se provádí vleže a trvá kolem 60- 90 minut. Sonda se zavede ústy do žaludku a jím dále do dvanáctníku. Sondou se vpraví speciální roztok baria a metylcelulózy a provedou se snímky v krátkých časových intervalech. Před vyšetřením je nutné alespoň 8 hodin nejíst a nekouřit. [1, 2]

- Počítačová tomografie (CT)

Výhodou vyšetření je že se může kombinovat s enteroklýzou. Lékař získá prostorový obraz dutiny břišní a prohlédne si jak sliznici, tak celou střevní stěnu.

- Magnetická rezonance

Má největší význam pro nemocné, kteří mají zasažený zánětem konečník či řitní kanál a tvoří se jím píštěle a abscesy. Ukáže, kudy píštěle probíhají a kde se v oblasti kolem řitního kanálu a pánevního dna nacházejí abscesy.

- Ultrasonografické vyšetření

Bezbolestné vyšetření je vhodné zejména pro pacienty s Crohnovou chorobou, protože postihuje celou tloušťku střešní stěny a často vede k infiltraci vně střešní stěny.

1.5.3. Endoskopické vyšetření

Patří mezi základní vyšetřovací metody využívané při podezření na zánětlivé onemocnění střeva. Nejdůležitějším endoskopickým vyšetřením je **kolonoskopie**. Kontraindikací k provedení kolonoskopie je podezření na perforaci tlustého střeva a toxické megakolon.

Jedná se o vyšetření tlustého střeva od jeho nejspodnější části, konečníku, až k jeho spojení s tenkým střevem. Důležitá je příprava před vyšetřením, kdy je nutné, aby střevo bylo vyprázdněné. Důležitou součástí přípravy k vyšetření je také dostatek informací o průběhu vyšetření pro nemocného. K vyšetření je potřeba znát hodnoty krevního obrazu a koagulace pacienta, které nesmí být starší než 1 měsíc. Nejdůležitější součástí přípravy na vyšetření je dietní opatření. Týden před vyšetřením se musí vysadit léky a výživové doplňky obsahující železo (např. Sorbifer, Aktiferrin, Ferronat.). Je potřeba vynechat potraviny, které jsou nestravitelné: slupky, zrníčka zeleniny a ovoce, mák, kmín v pečivu a syrovou zeleninu. Pokud pacient trpí zácpou, měl by týden před vyšetřením užívat projímavé minerální vody (např. Šaratici, Zaječickou, senný list). Při malém efektu přijímat 3. a 2. den před vyšetřením jen tekutou stravu, polévky bez zeleniny... Den před výkonem je nutné přijímat pouze čiré tekutiny. Pacient si připraví 4 litrový roztok rozmícháním 4 pytlíčků Fortrans ve vodě, které musí vypít mezi 16 a 20h den před vyšetřením. Pokud nezvládne vypít celé množství, může zbytek (zhruba do 1 l) vypít až v den vyšetření mezi 4 a 6 hodinou ránní. Nadále musí pokračovat v příjmu čirých tekutin až do vyšetření rychlostí zhruba 2,5 dcl za 30 minut. Z konečníku by měla odcházet čirá tekutina. Dále je možné pro přípravu použít fosfátový roztok. Jeho výhodou je malé množství, nevýhodou ale je větší riziko dehydratace a elektrolytové dysbalance. Je kontraindikován u pacientů s renální nebo kardiální insuficiencí a u pacientů s jaterním onemocněním. Vyšetření se provádí v analgosedaci za monitorování základních funkcí. Výkon je poté pro pacienty méně bolestivý a lépe ho snášejí. Při samotném vyšetření je pacient uložen na levý bok, konečníkem se zavede kolonoskop. Během výkonu je možné odebrat vzorek tkáně (biopsii), který se pošle do laboratoře. Po vyšetření by si měl pacient zajistit doprovod, neboť jsou podávány léky snižující pozornost. 24 hodin po výkonu nesmí pacient

vykonávat činnost vyžadující zvýšenou pozornost jako je řízení motorového vozidla, pohyb ve výškách, práce s nebezpečnými nástroji. Existují i skupiny pacientů, kteří vyžadují speciální přípravu. Do této skupiny patří diabetici, pacienti, kteří užívají antikoagulační léčbu a pacienti po transplantaci. [2, 11]

Endoskopická ultrasonografie

Nejčastěji se užívá transrektální endosonografie u nemocných s ano-rekto-perineálními komplikacemi. Vyšetření přináší informace o abscesech, píštělových kanálech a jejich vztahu k sousedním orgánům.

Enteroskopie

Je endoskopické vyšetření tenkého střeva, jehož nejmodernější formu představuje dvoubalonová enteroskopie. Umožňuje vyšetření celého tenkého střeva. Vyšetření se provádí v hlubší analgosedaci, protože vyšetření je bolestivé. Při enteroskopii je možné uplatnit přístup orální nebo přístup anální. Nejvhodnější postup určí lékař tak, aby cesta k předpokládanému problematickému úseku tenkého střeva byla co nejkratší.

Kapslová endoskopie

Jedná se o neinvazivní a bezbolestnou metodu vyšetření tenkého střeva. Spočívá v požití kapsle s mikrokamerou, která zhotovuje dva snímky za vteřinu po dobu 6 až 8 hodin. Obraz přenáší snímací zařízení, které je umístěno pacientovi na břicho. Nevýhodou je, že nelze odebírat vzorky sliznice.

ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie)

Jedná se o kombinaci rentgenologické a endoskopické metody, která dokáže zobrazit vývody žlučových cest a pankreatu. Využívá se při podezření na mimostřevní komplikace s postižením žlučovodu nebo slinivky břišní.

1.6. Léčba

1.6.1. Medikamentózní léčba

Jejím cílem je zklidnit aktivní zánět tak, aby tuto fázi vystřídala remise (klidná fáze). Medikamentózní terapii můžeme rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří

terapie indukční a ta má za cíl potlačit laboratorní, klinické a endoskopické známky aktivity zánětu. Druhou skupinu tvoří terapie udržovací, má dvojí smysl, u nemocných s trvalou aktivitou je nutná k potlačení aktuální aktivity zánětu a zabránění zhoršení stavu a rozvoji komplikací. Ve druhém případě rozumíme udržovací terapií dlouhodobou terapii neaktivní choroby s cílem zabránit dalšímu relapsu. [2, 11]

Aminosalicyláty

Základním lékem této skupiny v současné době je mesalazin (kyselina 5 – aminosalicylová- 5 – ASA). Někdy se stále ještě užívá sulfasalazin, ten má však více nežádoucích účinků. Sulfasalazin působí protibakteriálně i protizánětlivě. Podává se u pacientů s kloubními obtížemi. U třetiny pacientů vyvolává pocit na zvracení, bolesti hlavy a bolesti v nadbříšku. U některých pacientů zvyšuje hodnotu jaterních testů a tak dále. Mesalazin působí protizánětlivě lokálně v místě zánětu. Je důležité, aby se do místa působení dostal v co největší koncentraci. Při perorálním podání se rychle vstřebává a vyloučí se ledvinami. Jedná se o léčbu udržovací. [12]

Antibiotika

Antibiotická terapie je nutná u těžkých forem nemoci s probíhající sepsí., tak jak tomu bývá u těžce probíhající ulcerózní kolitidy nebo u hnisavých komplikací Crohnovy choroby (píštěl, absces). Používá se metronidazol, ciprofloxacin. [11]

Antidiaroeika

Průjmy patří mezi jedny z nejčastějších obtíží, kterými nemocní trpí. Léky jsou účinné v potlačení častosti stolic. Podávají se výjimečně. Patří sem například Reasec, Imodium, Smecta.

Kortikosteroidy

Používají se při akutním vzplanutí nemoci. Patří sem prednison a metylprednisolon. Tyto přípravky ale nejsou vhodné k udržení klidové fáze onemocnění. Je důležité, aby pacienti dodrželi předepsané dávkování léků pro správný účinek. Dále sem patří budesonid, který se podává ve formě tablet, čípků nebo klysmatu. Tyto léky mají mnoho nežádoucích účinků, avšak jejich podávání je v některých případech nevyhnutelné. Mezi nežádoucí účinky patří například měsíčkovitý obličej, zvýšená chuť

k jídlu, hyperglykémie, hypertenze, špatné hojení ran, demineralizace kostí a imunosuprese. [2, 5]

Imunosupresiva

Jsou to látky snižující bouřlivou odpověď imunitních orgánů na antigenní stimulaci. Podle mechanismu účinku můžeme rozdělit imunosupresiva do tří skupin. První skupinu tvoří *Azathioprin* a *6-merkaptopurin*. Nehodí se ke zklidnění akutního zánětu, ale k udržení klidové fáze nemoci. Mechanismus účinku spočívá v potlačení aktivity a snížení počtu populace NK- lymfocytů, která je odpovědná za přímou a na protilátkách závislou cytotoxicitu. Hrozí tři nežádoucí účinky- alergická reakce, nesnášenlivost a porušení krvetvorby. Proto je nutné po dobu léčby kontrolovat krevní obraz (zejména počet leukocytů a lymfocytů). Další skupinu imunosupresiv tvoří *Metotrexát*. Je určen především nemocným s Crohnovou chorobou. Zpočátku se podává injekčně 20 až 25 mg jednou týdně, později se podávají tablety. Metotrexát je teratogen způsobující u plodu vývojové vady a defekty, proto by ani muži, ani ženy jím léčené neměli počít dítě. A třetí skupinou je *cyklosporin A*, který se používá u nemocných s ulcerózní kolitidou ve vysoké fázi aktivity nemoci jako alternativa k chirurgické léčbě. Význam cyklosporinu v posledních letech klesá. [1, 2]

1.6.2. Biologická léčba

Biologická léčba je trendem současné medicíny. Důvodem k zahájení této léčby je Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, kdy dochází k nepříznivému vývoji onemocnění, onemocnění probíhá agresivně a stav pacienta se zhoršuje. Nedochozí k odezvě na základní léčbu nebo je odezva minimální. Pacienti často trpí průjmy s příměsí krve a hlenu, bolestmi břicha, teplotami a váhovým úbytkem. Patří sem také nemocní s mimostřevními komplikacemi choroby. Biologická léčba používá molekuly podobné přirozeným působkům v těle, získané genetickou manipulací mikroorganismů. Od biologické léčby očekáváme postupné vymizení krve ze stolice, pokles zánětlivých parametrů, snížení počtu stolic, zlepšení či normalizace endoskopického nálezu a snížení dávek některých léků. [2, 12]

Infliximab

Je chimérická monoklonální protilátka IgG-1, která obsahuje ze 75% lidskou a ze 25% myší bílkovinu. Je schopna se cíleně navázat na TNF a působit tedy coby protilátka. Proti Crohnově chorobě pomáhá od roku 1999 a od roku 2006 pomáhá i pacientům s ulcerózní kolitidou. Účinná látka musí být uchovávána v lednici při teplotě 2-8 °C a chráněna před mrazem. Aplikuje se ve formě infuze po dobu dvou hodin, poté nastávají 2 hodiny klidového režimu, ten zajišťuje dostatečné sledování a vyloučení možných nežádoucích účinků. Infliximab se aplikuje opakovaně. Terapie má dvě fáze. Počáteční (iniciační) zahrnuje tři infuze, druhá následuje za dva týdny po první a třetí za další čtyři týdny. Ve druhé fázi probíhá léčba udržovací, kdy se lék podává každých 8 týdnů. Pokud se zdravotní stav do 3 měsíců nezlepší, musí lékař zvážit, zda se bude v biologické léčbě pokračovat. [2, 12]

Adalimumab

Pomáhá v terapii od roku 2007. Na rozdíl od Infliximabu je protilátka kompletně lidská. Má vysokou vazebnou aktivitu k solubilní molekule TNF- alfa. Je připravená mechanismem takzvané rekombinace. Účinná látka je připravena v předplněné stříkačce po 40 mg, kterou je nutné uchovávat v lednici při teplotě 2-8 °C a chránit ji před mrazem. Podává se jako podkožní injekce s doporučeným místem aplikace v oblasti břicha nebo stehen. I tady se zahajuje léčbou indukční (útočnou), kterou při příznivé reakci střídá fáze udržovací. [2, 12]

Dostupnost biologické léčby u nás

Biologická léčba je nejúčinnější současnou léčbou, ale je také nesmírně nákladná. Většina pacientů potřebuje dlouhodobou nebo dokonce trvalou terapii. V naší republice působí v současnosti 23 center biologické léčby, kde pracují specialisté, kteří mají s léčbou potřebné zkušenosti. Kvalita léčby je garantována **Českou gastroenterologickou společností**, která výběr center schvaluje. Cílem biologické léčby je zlepšení kvality života pacientů, odstranění obtíží spojených s vysokou aktivitou zánětu, snížení rizika chirurgické léčby a nutnosti hospitalizace, zhojení vředů a zabránění trvalých strukturálních změn na trávicí trubici. [2,12]

1.6.3. Chirurgická léčba

Je indikována při selhání konzervativní léčby projevující se neprospíváním, malnutricí či komplikacemi.

Crohnova choroba

Ileocekální resekce se provádí při nejčastější komplikaci, již je stenóza lumen tenkého nebo tlustého střeva. Při větším postižení tlustého střeva se provádí pravostranná hemikolektomie a ileo- transverso- anastomóza. Vyjme se úsek na tenkém a přilehlém tlustém střevě zasažený zánětem a zformuje se nové spojení obou střev. *Strikturoplastika* je zásah při postižení tenkého střeva krátkými stenózami. Při *perianálních píštělích* se chirurg snaží spojit píštěle v jeden kanál a zajistit jejich trvalou drenáž. [1, 5]

Ulcerózní kolitida

Chirurgické řešení se provádí, pokud prudký průběh nereaguje na intenzivní léčbu a hrozí vážné komplikace (masivní krvácení z konečníku nebo perforace tlustého střeva). Nebo pokud medikamentózní léčba nevede ke zklidnění zánětu a při vzniku dysplazie (předrakovinná ložiska na sliznici tlustého střeva). Pro operaci ulcerózní kolitidy platí, že se vždy musí odstranit celé tlusté střevo, i pokud je postižena pouze jeho část. To proto, že do 6 měsíců poté se většinou objeví nový aktivní zánět v dosud nepostižené části střeva. Vyjmutí celého tlustého střeva řeší tuto nemoc navždy (nepostihuje tenké střevo). *Proktokolektomie* je výkon, kdy chirurg vyjme konečník a celé tlusté střevo a vytvoří terminální ileostomii (vývod konce tenkého střeva). *Ileorektální anastomóza se subtotální kolektomií* znamená, že chirurg ponechá konečník a napojí na něj tenké střevo, dnes se používá zcela výjimečně, protože v postižené části konečníku se může časem opět objevit zánět. *Proktokolektomie a ileo- pouch- anální anastomóza*, chirurg při tomto výkonu odstraní tlusté střevo i konečník, z něhož ponechá jen řitní kanál, z několika kliček tenkého střeva vytvoří vak (pouch), obvykle ve tvaru písmene J, a na jeho břicho našije horní konec řitního kanálu. Zcela se tak odstraní části zasažené zánětem (tlusté střevo a konečník), ale zachová se přirozený odchod střevního obsahu řitním otvorem. [1, 2, 5]

1.7. Život s IBD

„Ať již patříte mezi ty, kterým byla Crohnova nemoc nebo ulcerózní kolitida právě diagnostikována, nebo se s touto nemocí léčíte vy či někdo z vašich blízkých již léta, je důležité uvědomit si vliv tohoto onemocnění na každodenní život. Tím, že se s nemocí naučíte žít a zvyknete si na určitá omezení i na způsob, jak se s nimi vyrovnat, uděláte obrovský krok kupředu v boji s onemocněním.“ [Život s nespecifickými střevními záněty. [online]. dostupný z WWW: <http://www.strevni-zanety.cz/zivot-s-ibd>]

Onemocnění má vliv na každodenní život nemocných. Pacient se musí naučit s nemocí žít, musí si zvyknout na určitá omezení, která s sebou onemocnění přináší. Důležitá je podpora blízkých. Mnoho pacientů potřebuje i psychickou podporu a vyhledává pomoc odborníka. Mnoho psychických problémů vyplývá z nedostatku informací a ze strachu z neznámého. Proto je dostatek informací pro nemocného tak důležitý. A odkud informace získat? Největší podporou by měl být ošetřující personál (lékař, sestra). Dále je možné informace získat z různých brožur, letáků, knih a samozřejmě z internetu. Existují různé webové stránky zabývající se problematikou IBD. V České republice existuje od října 2008 Občanské sdružení pacientů s idiopatickými střevními záněty. Mezi základní činnosti sdružení patří pořádání odborných přednášek, konzultací, vzdělávacích a výukových akcí, společenských a kulturních akcí. Vydávají i různé informační a propagační materiály. Zprostředkovávají informace o onemocnění a nových možnostech léčby. Psychologická a sociální terapie je nedoceněnou stránkou léčby. Pacienti s nespecifickými střevními záněty mají psychické i psychosociální problémy. Stres může ovlivnit vývoj akutního vzplanutí nemoci. Vhodně prováděná psychoterapie může nemoc zklidnit. Nemocní se potýkají s mnoha problémy, které mohou ovlivnit kvalitu jejich života. [2, 8]

1.8. Těhotenství a plodnost

„Těhotenství při známém onemocnění střevním zánětem by mělo být započato v období remise. Riziko exacerbace idiopatického střevního zánětu v těhotenství není větší než u netěhotných. Většina těhotenství u žen s idiopatickým střevním zánětem končí

porodem zdravého dítěte.“ [Lukáš, K.: Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry, 2005, str. 97]

Plodnost u žen s idiopatickými záněty je normální nebo je narušena jen minimálně. V minulosti bylo pacientkám doporučováno neotěhotnět. Současná strategie léčby umožňuje bezpečné těhotenství pro matku i plod. Vhodná je konzultace a spolupráce gastroenterologa a gynekologa. Těhotenství se nedoporučuje, pokud je onemocnění v akutní fázi nebo v období relapsu (vzplanutí). Pokud je nemoc v době oplodnění v klidové fázi, je pravděpodobné, že zůstane v klidu po dobu celého těhotenství. Průběh onemocnění v dalších těhotenstvích nemusí být stejný jako v předchozím těhotenství. Plodnost u mužů, kteří užívají sulfasalazin může být snížena, ale po vysazení léku se vrací k normálu do několika měsíců. [2, 10]

2. Edukace pacientů s nespecifickými střevními záněty

2.1. Definice pojmu edukace

„Pojem edukace je odvozen z latinského slova educo, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.“ [Juřeníková, P.: Zásady edukace v ošetrovatelské praxi, 2010, str. 9]

Edukace tedy zjednodušeně znamená vzdělávání a výchovu jedince. Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelství. Vzdělávání je proces, který u jedince rozvíjí jeho vědomosti, návyky, schopnosti a dovednosti. V současné době jsou na sestry kladeny stále vyšší požadavky v oblasti jejich dovedností a vědomostí. Úkolem sestry je umožnit

pacientovi získání vědomostí a dovedností, které mu pomohou udržet zdraví na přijatelné úrovni. Edukace slouží ke zlepšení spolupráce pacienta se zdravotnickým týmem. Pacientovi se vlivem jeho chronického onemocnění mění životní podmínky a on se musí naučit v nových podmínkách žít. Zdravotnický personál napomáhá pacientovi vybudovat si nové stereotypy. Aby k takovému procesu mohlo dojít, musí být splněny určité podmínky. Je důležité si uvědomit, že pacient má právo na edukaci, na dostatek informací o svém zdravotním stavu a následném léčebném režimu. Je třeba eliminovat pocity úzkosti a strachu z budoucnosti. Další důležitou podmínkou je dodat pacientovi optimismus a poskytnout mu návod na životní styl. Motivovat dospělého pacienta ke změně chování není jednoduché. Edukant je subjekt učení. V nemocnici to je tedy nejčastěji pacient. Edukátor je aktér edukační aktivity, tedy sestra. Edukační prostředí je místo, kde edukace probíhá. [6, 15]

2.2. Edukační proces

Je činnost lidí, při které dochází k učení. Důležitá je příprava edukačního procesu, která usnadní práci sestře a také motivuje pacienta. Prvním krokem v edukačním procesu je posouzení pacienta. Sestra musí zjistit důležité údaje o pacientovi. Zjišťuje názor na jeho zdraví, ochotu se učit a odhodlání změnit dosavadní životní styl a zavedené stereotypy. Důležitým faktorem v edukaci je i věk pacienta. U pacientů ve vyšším věku hrozí problémy se sluchem, zrakem a schopností soustředit se na daný problém. Dalším faktorem, který má vliv na způsob edukace je dosažené vzdělání pacienta. Druhým krokem v edukačním procesu je určení edukačních témat. Je potřeba si určit jaký druh edukace bude zvolen a jakým způsobem bude edukace probíhat. Dále záleží na tom, zda bude edukován pacient s nově diagnostikovaným onemocněním nebo pacient, který už onemocněním trpí déle a dopouští se opakovaně chyb v léčebném režimu. Edukační plán musí obsahovat určení priorit v edukaci. To znamená sestavit si pořadí témat podle jejich důležitosti. Dále si musíme stanovit učební cíle a to v oblasti kognitivní, afektivní a psychomotorické. Jako další je důležité použít vhodné edukační metody a určit si obsah edukace, stanovit si harmonogram, zajistit si dostatek pomůcek k edukaci a následně vyhodnotit výsledky edukačního procesu. [6, 7, 15]

2.2.1. Typy edukace

Základní edukace

Provádí se u pacientů, kterým je onemocnění nově diagnostikováno a pacient nemá žádné informace o onemocnění. Pacient je motivován ke změně svých životních hodnot a postojů. [6,15]

Komplexní edukace

Je určena pro pacienty s chronickým onemocněním, kdy onemocnění zasahuje do jejich stravovacích návyků, do pohybového režimu a zahrnuje i některé ošetrovatelské výkony. Nejčastěji tento typ edukace probíhá v kurzech. [6, 15]

Reedukace

Slouží pro pacienty, kteří již edukováni byli, navazuje na předcházející znalosti. Opakuje, aktualizuje a prohlubuje již získané informace a dovednosti.

2.2.2. Zásady edukace pro sestru

- trpělivost a empatie, individuální přístup k pacientovi
- odstranění rušivých elementů při edukaci
- ohled na aktuální zdravotní stav pacienta
- délka a čas výuky se řídí potřebou pacienta
- úprava plánu dle aktuálních potřeb
- využití učebních pomůcek

Vyhodnocování výsledků je klíčovým momentem celé edukace. Sestra během edukace průběžně hodnotí úroveň dosažených výsledků. Na konci edukačního procesu musí provést závěrečné zhodnocení a ujistit se, že pacient pochopil cíl edukace, že získal potřebné znalosti a prokazuje dovednosti získané během edukace. K ověření účinnosti edukace se dá použít více způsobů. Jedním z nich je písemný test znalostí, dalším způsobem je kladení kontrolních otázek nebo provedení samotného ošetrovatelského výkonu. Dále si účinnost můžeme ověřit také prostřednictvím objektivních ukazatelů (např. laboratorních výsledků, redukce tělesné hmotnosti...). Po

provedené edukaci je potřeba provést záznam do dokumentace pacienta. Záznam chrání sestru před stížnostmi o neposkytnutí informací a informuje také členy ošetrovatelského týmu o provedení edukace a brání tak opakování určitých informací. [6, 15]

2.2.3. Sestra v roli edukátorky

Sestra v roli edukátorky musí mít dobré teoretické znalosti a praktické dovednosti. Musí být empatická a ochotná pacientovi s daným problémem pomoci. Musí získat pacientovu důvěru a motivovat ho. Musí mít dobré verbální a nonverbální komunikační schopnosti. Edukační sestra pacientovi nabízí informace o nemoci, o terapeutických a diagnostických metodách, o případných komplikacích onemocnění, o režimových opatřeních, o životním stylu. Poskytuje pacientovi edukační materiály- brožury, časopisy, letáky. Nabízí své zkušenosti a zkušenosti ostatních pacientů. Základní informaci o daném onemocnění podává lékař, sestra je oprávněna poskytovat poučení pouze v rámci svých profesních kompetencí a činností. Činnost sestry spočívá v tom, že diagnostikuje problém pacienta, který je potřeba napravit edukací, zhodnotí schopnosti pacienta, předvede pacientovi konkrétní způsoby, jak dosáhnout cíle, hodnotí pokroky pacienta a získává zpětnou vazbu od pacienta. Realizaci edukace můžou ovlivnit i tzv. edukační bariéry. Jako edukační bariéru označujeme překážku nebo komplikaci, která nám brání nebo znesnadňuje dosažení edukačního cíle. [6, 15]

2.2.4. Edukační bariéry ze strany pacienta:

- věk
- charakter onemocnění (např. Alzheimerova choroba,...)
- stres, bolest
- poruchy smyslového vnímání (např. ztráta zraku, sluchu,...)
- popření potřeby edukace
- nízká motivace
- jazyková a kulturní bariéra
- celkový stav organismu

2.2.5. Edukační bariéry ze strany zdravotníka:

- ignorování potřeb pacienta

- nedostatek času
- nedostatek edukačních vědomostí a dovedností
- negativní vliv prostředí
- nevhodná komunikace s pacientem
- neschopnost týmové spolupráce
- podceňování edukace ze strany zdravotníků

2.2.6. Metody edukace

Metoda edukace je způsob, jakým jsou znalosti a dovednosti pacientovi předávány.

- Mluvené slovo- výklad, rozhovor, diskuze
- Písemná metoda- tištěné materiály- letáky, brožury, plakáty
- Audiovizuální metoda- DVD, CD

V kontaktu s pacientem nejčastěji používáme metodu mluveného slova, kterou je vhodné doplnit o písemné materiály, aby si pacient v klidu mohl zopakovat, co jsme mu sdělili ústně. Toto je výhodné zvláště u pacientů ve vyšším věku, kdy dochází k zapomínání. Nebo je možné doplnit mluvené slovo ještě o audiovizuální metodu (instruktáž na CD nebo DVD). Dále je možné pacientovi dát odkaz na webové stránky nebo televizní pořady s danou tematikou. [6, 14, 15]

2.2.7. Formy edukace

Forma edukace je způsob uspořádání nebo organizace výuky.

Individuální forma

Výhodou této formy edukace je individuální přístup k pacientovi. Patří sem individuální rozhovor, konzultace, výklad, telefonické poradenské linky.

Skupinová forma

Výhodou je možnost výměny zkušeností a názorů členů skupiny. Patří sem přednášky, kurzy, besedy, klubové aktivity.

Distanční forma (E-learning)

Jedná se o vzdělávací proces, který využívá multimediální technologie. Výhodou je, že si pacient - edukant volí tempo učení, dobu, typ a formu kurzu dle svých potřeb. Nevýhodou jsou vysoké vstupní náklady a nízká motivace edukantů.

2.3. Edukce pacientů o dietních opatřeních

Dieta je důležitou součástí léčebného režimu. O dietních opatřeních informuje pacienta sestra nebo nutriční terapeut. U pacientů s nespecifickými střevními záněty je velkým problémem nedostatečná výživa až podvýživa (malnutrice), která snižuje obranyschopnost a zpomaluje hojení zánětu. Příčinou vzniku malnutrice bývá snížení příjmu potravy, buď z důvodu snížení chuti k jídlu, nebo pro bolest. Někteří pacienti omezují přísun potravy z důvodu obav z bolestí nebo průjmů. Důležité je malnutrici včas diagnostikovat pomocí kombinace různých metod. Abychom mohli stanovit správný nutriční program, je nutné zhodnotit aktuální nutriční stav. Správné odebrání anamnézy může ukázat na váhový úbytek pacienta. Všímáme si také vymizení svalové hmoty. Přesnější údaje získáme při užití antropometrických údajů, využívá se měření tloušťky podkožního tuku, obvod pažního svalstva nebo BMI (body mass index) – index tělesné hmotnosti. Dále se ke zhodnocení stavu používá biochemické vyšetření, nejdůležitějším parametrem je stanovení hladiny albuminu a prealbuminu. [2, 4, 8]

Dietní opatření jsou odlišná u pacientů v akutní fázi onemocnění a ve fázi klidové. Cílem diety ve fázi vzplanutí je podpořit hojivé procesy a zabránit nedostatečnému příjmu živin. Ve fázi relapsu je důležité podávat tzv. bezezbytkovou dietu. Sestra poučí pacienta, v čem tato dieta spočívá. Ze stravy je třeba vyloučit nerozpustnou vlákninu (syrová zelenina, ovoce, luštěniny a cereálie). Strava musí být lehce stravitelná. Preferuje se dieta s vysokým obsahem škrobů (např. těstoviny), s vysokým obsahem bílkovin, železa a vápníku. Sestra poučí pacienta o tom, že je potřeba jíst častěji a po menších porcích, stravu řádně rozmělnit v ústech a jíst v klidném prostředí. Co se týká přípravy pokrmů je vhodné vaření, dušení, příprava v páře, naopak vyloučit by se mělo smažení, grilování a fritování. [2, 4, 8]

U vysoce aktivního onemocnění se podává výživa parenterální nebo enterální, v tomto období je nutné, aby výživa měla vysokou energetickou hodnotu. Enterální výživa znamená podávání speciálních výživových přípravků do trávicího traktu. Tyto přípravky lze popíjet (sipping) nebo jsou podávány nazogastrickou sondou, nazojejunální sondou nebo PEGEM (trubičkou zavedenou přes břišní stěnu do žaludku). Parenterální výživa znamená podávání speciálních přípravků do žilního systému pacienta a tím dochází k úplnému vyřazení střeva z funkce. Výživa se aplikuje buď do periferní žíly, nebo do centrálního žilního systému. Při přechodu z parenterální výživy nebo enterální výživy je zprvu podáván čaj, suchary, kaše, bílé pečivo, při dobrém snášení jídla se přidávají další potraviny. Při bolestech břicha, v období průjmů je důležité omezení vlákniny (velkého množství syrové zeleniny a ovoce), omezení většího množství kofeinu. Při průjmech poučíme pacienta o dodržování pitného režimu. Denně je nutné vypít 2-2,5l neperlivých nápojů. Při zácpě dochází ke zlepšení při dietě se zvýšeným obsahem vlákniny. V klidovém období nejsou u střevních zánětů požadována zásadní přísná dietní opatření. Mnozí pacienti ovšem pozorují, že požívání určitých druhů jídel zhoršuje jejich příznaky. V souvislosti s léčbou idiopatických střevních zánětů byla sestavena řada diet, které zlepšují příznaky nemoci, nicméně u žádné z nich nebyla prokázána schopnost nemoc efektivně vyléčit. Dieta by měla být nedráždivá, šetřící, dostatečně kaloricky vydatná s vysokým obsahem bílkovin, s dostatečným množstvím vitamínů. Mělo by se vyloučit větší množství tuku. Mezi potraviny s vysokým podílem bílkovin patří maso, ryby, drůbež, vejce, mléko a mléčné produkty. Pacienti by si měli zaznamenávat seznam požitých jídel a případné potíže zapisovat (počet stolic, bolesti břicha, nadýmání). Mezi špatně snášené potraviny patří luštěniny, citrusové plody, syrová zelenina, cibule, nakládané zelí, tučná a kyselá jídla, mléko. Důležitou součástí jídelníčku by měla být prebiotika a probiotika, která brání při léčbě antibiotiky přemnožení patogenních bakterií a podporují růst fyziologické střevní mikroflóry. Existují pouze obecná doporučení, každý nemocný reaguje rozdílně. [2, 4, 8, 16]

2.4. Pohybový režim

V akutní fázi onemocnění není vhodná velká fyzická námaha. Důležitý je dostatek odpočinku a spánek. Vhodné jsou krátké procházky. V období klidové fáze není pohyb nijak omezen. Cvičení napomáhá snížení stresu a udržuje dobrou fyzickou kondici. Při sportování tedy záleží na aktuálním zdravotním stavu nemocného. Důležité je během sportování dodržovat pitný režim, aby nedošlo k dehydrataci. Pohyb má pozitivní vliv na psychickou stránku pacienta a je tedy velmi důležitý.

V některých případech je třeba změnit i zaměstnání, z důvodu velké fyzické zátěže. V akutní fázi onemocnění jsou většinou pacienti v pracovní neschopnosti a musí se připravit na možné relapsy onemocnění, tedy častější absenci v zaměstnání. [2, 17]

2.5. Cestování s nespecifickými střevními záněty

Cestování u pacientů s nespecifickými střevními záněty není problém. Jen je dobré, aby se pacient poradil s lékařem, zda mu nehrozí nějaké riziko a informovat se o vhodnosti očkování. Pacient by měl dávat pozor na to, co jí a pije. Pít by měl pouze balenou vodu a neměl by jíst tepelně neupravené potraviny. Nevhodné je konzumovat syrovou zeleninu, zmrzlinu nebo ovoce, které nelze oloupat. Jakákoliv dietní chyba nebo infekce může výrazně zhoršit zdravotní stav pacienta. [2, 17]

2.6. Edukace pacientů při aplikaci biologické léčby

Při podávání biologické léčby je důležitá týmová spolupráce. Důležité je kontinuální vzdělávání středního zdravotnického personálu. Sestry představují první linii komunikace mezi gastroenterologickým centrem a pacienty s IBD. Musí být informovány a možných rizicích léčby a o komplikacích v průběhu léčby. Biologickou léčbu aplikují právě zdravotní sestry, proto je nutné, aby uměly zareagovat v případě alergické reakce na léčbu. Sestra edukuje pacienta o tom, co to biologická léčba je, která látka mu bude podána, jakým způsobem mu bude látka podána, informuje pacienta o případné alergické reakci, nežádoucích účincích a o tom, že by se měl pacient

vyvarovat kouření. Před samotným podáním léčby se sestra zeptá, zda pacient nemá nějaký akutní infekci, a zda se nezhoršil zdravotní stav od poslední kontroly. Před, v průběhu a po podání léčby sestra kontroluje základní životní funkce. Aplikace biologické léčby probíhá v místnostech, které jsou k tomuto účelu speciálně vybavené. Nechybí zde pohodlná křesla, lůžka a samozřejmě i pomůcky pro resuscitaci. Sestra by si měla ověřit, zda si pacient osvojil znalosti o biologické léčbě a zda nedošlo k chybám v komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem. [2, 18]

3. Komunikace s pacientem

3.1. Definice pojmu

Komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti. Jedná se o sdělování informací prostřednictvím prostředků a signálů. Mezi základní požadavky komunikace ve zdravotnictví patří vždy vědět, co chceme říci, a vždy se umět rozhodnout, kdy, kde a jak informaci nejlépe sdělit. Schopnost komunikovat slouží k tomu, abychom s pacientem navázali kontakt a dále ho rozvíjeli. [7, 14]

3.2. Druhy profesionální komunikace

Sociální komunikace

Jedná se o běžný kontakt s nemocným, o běžný rozhovor například při hygieně, stlání lůžka během dne.

Specifická komunikace

Jedná se o oblast komunikace, kdy pacientovi sdělujeme důležité informace, motivujeme ho k další léčbě a působíme edukačně.

Terapeutická komunikace

Odehrává se při každodenním kontaktu s nemocným, kdy mu poskytujeme oporu a pomoc.

Pro efektivní komunikaci je důležité, aby informace byly poskytovány ve srozumitelné formě, aby vznikl prostor pro zodpovězení dotazů, aby pacient mohl vyjádřit svůj názor, aby rozhovor probíhal v příjemném prostředí. Komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální. Verbální komunikace je sdělování informací pomocí slov. Neverbální komunikace je sdělování informací beze slov, tzv. řeč těla (mimika, gesta, dotek...). [7, 14]

3.3. Rozhovor

Do verbální komunikace patří rozhovor, který lze definovat jako záměrný a organizovaný dialog. Rozhovor dělíme na anamnestický, informační, edukační a terapeutický. Anamnestický rozhovor vedeme při sestavování ošetřovatelské anamnézy při přijetí pacienta na oddělení. Účelem informačního rozhovoru je poskytování informací. Důraz při tomto rozhovoru klademe na jasnost, stručnost, citlivost a srozumitelnost. Edukační rozhovor slouží k zapojení pacienta do léčebného procesu. Jedná se o předání dovedností a znalostí. Nepřípustné je pacienta odbýt pouze příručkou nebo brožurou. Důležitá je motivace pacienta, opakování informací. Je potřeba, aby sestra přistupovala k pacientovi trpělivě a ověřila si vždy, zda pacient podané informace pochopil. Hlavní roli v terapeutickém rozhovoru hrají pacientovi pocity. Dává pacientovi prostor k vyjádření svých myšlenek, názorů a postojů. Nejčastějšími chybami při rozhovoru je netrpělivost, spěch, nejasné otázky, nesoustředěnost sestry, přerušování rozhovoru. Správně vedený rozhovor vyžaduje od sestry profesionální přístup. [7, 14]

II. Výzkumná část

4. Cíle práce a hypotézy

Bakalářská práce je zaměřena na edukaci pacientů s nespecifickými střevními záněty. V této práci jsem si stanovila následující 2 cíle:

1. Zjistit, do jaké míry jsou pacienti s nespecifickými střevními záněty edukováni.
2. Zjistit, jakým způsobem edukace probíhá.

Na základě cílů jsem si stanovila i hypotézy, které byly výzkumem po zpracování dotazníku podpořeny nebo nepodpořeny.

Hypotézy jsou:

1. Předpokládám, že edukovaní pacienti znají opatření související s daným onemocněním.
2. Předpokládám, že edukovaní pacienti znají komplikace související s daným onemocněním.
3. Předpokládám, že edukovaní pacienti dodržují opatření související s daným onemocněním.
4. Domnívám se, že nejčastější formou edukace je ústní forma.

5. Metodika a organizace výzkumu

Ke sběru dat jsem si vybrala kvantitativní metodu dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval celkem 25 otázek (viz. příloha č. 3). Použila jsem otázky uzavřené, kdy si respondent vybere jednu nebo více nabízených odpovědí. Uzavřených otázek bylo použito 18. Dále jsem použila otázky polozavřené, kdy si respondent může vybrat z nabízených odpovědí, a pokud mu tyto odpovědi nevyhovují, může se vyjádřit slovně či uvést jinou možnost. Polozavřených otázek bylo použito 5. Otázky otevřené, kdy respondent nemá k dispozici žádnou odpověď, byly použity 2.

Cílovou skupinou mého dotazníkového šetření byly pacienti s nespecifickými střevními záněty v gastroenterologické poradně Krajské nemocnice Liberec, a.s. a Nemocnice Jablonec nad Nisou, o.p.

Organizace výzkumu

Výzkum byl prováděn v období březen 2012. Dotazníky byly distribuovány pomocí kontaktních osob (staniční sestry, vrchní sestry). Dotazníky byly anonymní a stejné pro obě pohlaví. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků. 40 dotazníků bylo rozdáno v gastroenterologické poradně Krajské nemocnice Liberec, a.s. a 30 v Nemocnici Jablonec nad Nisou, o.p. Návratnost dotazníků byla 35 dotazníků z liberecké nemocnice a 20 dotazníků z jablonecké nemocnice. Celkem tedy 55 dotazníků. Sesbírané dotazníky byly překontrolovány a očíslvány. Následně byly zpracovány do četnostních tabulek a získaná data byla dále zpracována. Zpracování bylo provedeno pomocí softwaru Microsoft Office Excel 2007.

Úvod dotazníku obsahoval stručné informace o mé osobě a instrukce k vyplnění dotazníku. Otázky číslo 1 – 3 umožňovaly zjistit základní informace o respondentech. Tedy jejich věk, pohlaví a dosažené vzdělání. Otázky číslo 4 a 5 zjišťovaly, jakým typem nespecifického střevního zánětu respondent trpí a jak dlouho se s onemocněním potýká. U otázek číslo 6, 7, 8 a 12 jsem zjišťovala, zda respondenti znají opatření související s jejich onemocněním, tudíž se vztahují k hypotéze č. 1. V otázce č. 6 jsem se dotazovala, co pacienti považují za důležitou součást léčby svého onemocnění. V otázce č. 7 a 8 jsem se zaměřila na dietní opatření, zda pacienti vědí, jak se nazývá

dieta, kterou by měli dodržovat a zda znají potraviny, které jim působí zdravotní obtíže. U otázky č. 12 jsem zjišťovala, zda pacienti vědí, které činnosti nejsou vhodné, pokud trpí nespecifickým střevním zánětem. Otázky č. 10, 14, 15 a 16 se zaměřují na komplikace onemocnění. Tyto otázky se vztahují k hypotéze č. 2. Zjišťovala jsem, zda pacienti dokážou označit komplikace svého onemocnění a zda znají mimostřevní komplikace, dále mě zajímalo, zda vědí, co je to stomie. V otázkách č. 9, 11, 13 a 17 mě zajímalo, zda pacienti dodržují opatření, která jim byla doporučena. Tázala jsem se, zda dodržují dietní opatření, co dělají proto, aby jejich onemocnění zůstalo v klidové fázi, kolik vypijí množství tekutin za den a zda pravidelně navštěvují gastroenterologickou poradnu. K poslední hypotéze č. 4 se váží otázky č. 18 – 25. V těchto otázkách jsem se zaměřila na edukaci pacientů s nespecifickými střevními záněty, na způsob edukace, zda převažuje ústní nebo písemná metoda. Dále mne zajímalo, kdo pacienty edukoval o opatřeních týkajících se jejich onemocnění a kde pacienti získávají podrobnější informace o svém onemocnění. Poté jsem se zabývala tím, zda sestra věnovala pacientovi dostatek času a zda dokázala zodpovědět jeho případné dotazy.

6. Analýza získaných dat

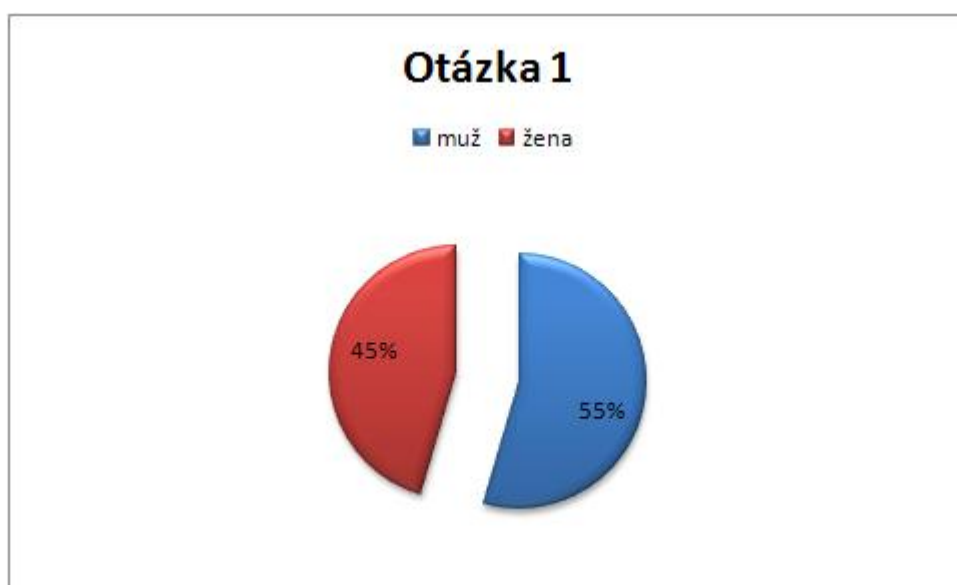
V této kapitole se budu zabírat analýzou získaných dat. Výsledky výzkumného šetření byly vyjádřeny pomocí absolutních (n) a relativních (%) četností v tabulkách. Každá otázka je graficky znázorněna.

Otázka č. 1

Pohlaví:

Tab. 1: Pohlaví respondentů

Ot.1	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
muž	30	54,55%
žena	25	45,45%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 1: Graf pohlaví respondentů

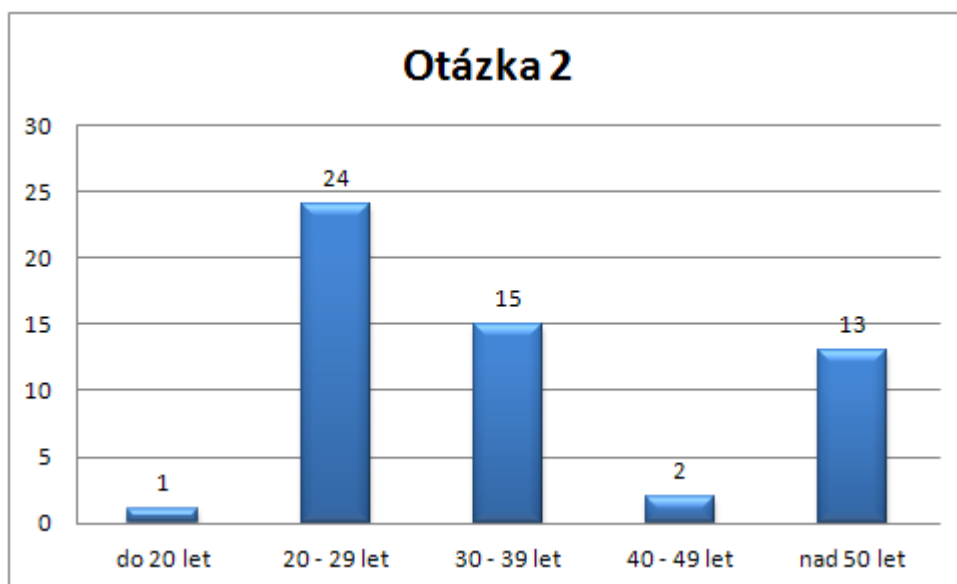
Výzkumného šetření se účastnilo celkem 55 respondentů, z toho bylo 30 (54,55%) respondentů pohlaví mužského a 25 (45,45%) respondentů pohlaví ženského. Zástupci mužského pohlaví tedy převažovali o 5 respondentů.

Otázka č. 2

Kolik je Vám let?

Tab. 2: Věk respondentů

Ot.2	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
do 20 let	1	1,82%
20 - 29 let	24	43,64%
30 - 39 let	15	27,27%
40 - 49 let	2	3,64%
nad 50 let	13	23,64%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 2: Graf věku respondentů

V této otázce jsem hodnotila věk respondentů. Otázka byla otevřená, tudíž respondent uvedl svůj věk. Dle výsledků šetření jsem poté utvořila věkové skupiny. Nejpočetnější skupinou respondentů byli pacienti ve věkové kategorii 20 – 29 let, kterých bylo 24 (43,64%), z toho vyplývá, že nespecifické střevní záněty nejvíce postihují lidi v mladém věku. Druhou nejpočetnější skupinou respondentů byli pacienti ve věkové kategorii 30 – 39 let, kterých bylo 15 (27,27%). Další skupinu respondentů tvoří pacienti ve věkové kategorii 40 – 49 let, kteří byli 2 (3,64%). V kategorii nad 50 let odpovídalo 13 (23,64%) respondentů. Nejmenší skupinu tvořila věková kategorie pod 20 let, kdy se zúčastnil pouze 1 (1,82%) respondent.

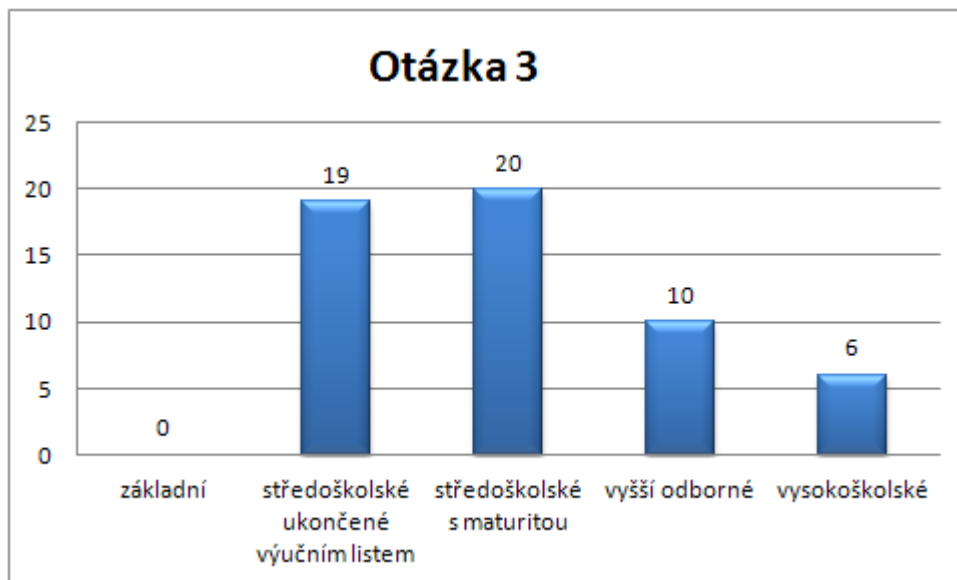
Otázka č. 3

Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) středoškolské ukončené výučním listem
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

Tab. 3: Rozdělení respondentů dle dosaženého vzdělání

Ot.3	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
základní	0	0,00%
středoškolské ukončené výučním listem	19	34,55%
středoškolské s maturitou	20	36,36%
vyšší odborné	10	18,18%
vysokoškolské	6	10,91%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 3: Graf rozdělení respondentů dle vzdělání

Jak ukazuje tabulka 3, nejvíce respondentů uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou – 20 respondentů (36,36%). 19 respondentů (34,55%) dosáhlo

středoškolského vzdělání ukončené výučním listem. Vyšší odborné vzdělání má 10 respondentů (18,18%) a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 6 respondentů (10,91%). Pouze základní vzdělání nemá nikdo z dotazovaných respondentů.

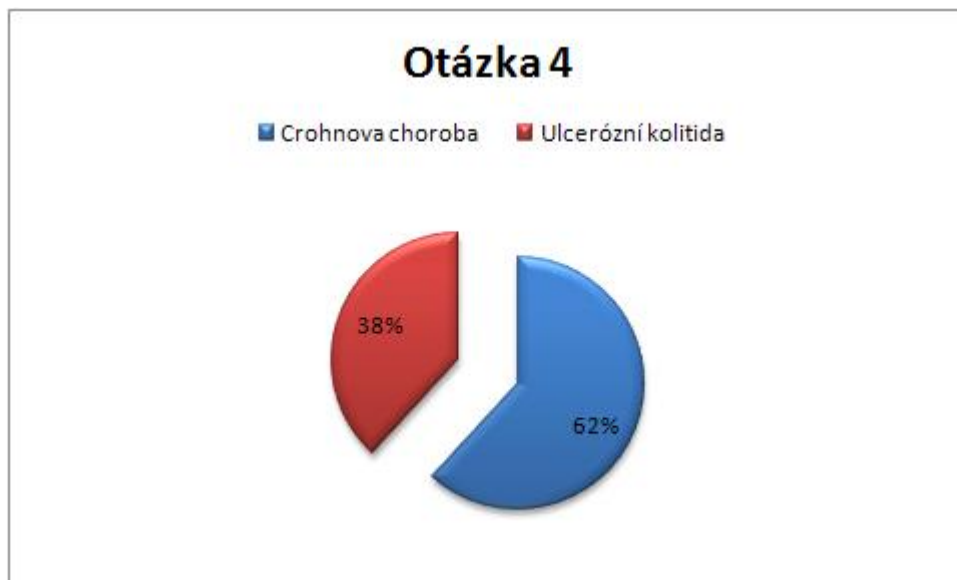
Otázka č. 4

Jakým typem nespecifického střevního zánětu trpíte?

- a) Crohnova choroba
- b) ulcerózní kolitida

Tab. 4: Rozdělení respondentů dle typu nespecifického střevního zánětu

Ot.4	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Crohnova choroba	34	61,82%
Ulcerózní kolitida	21	38,18%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 4: Graf rozdělení respondentů dle typu nespecifického střevního zánětu

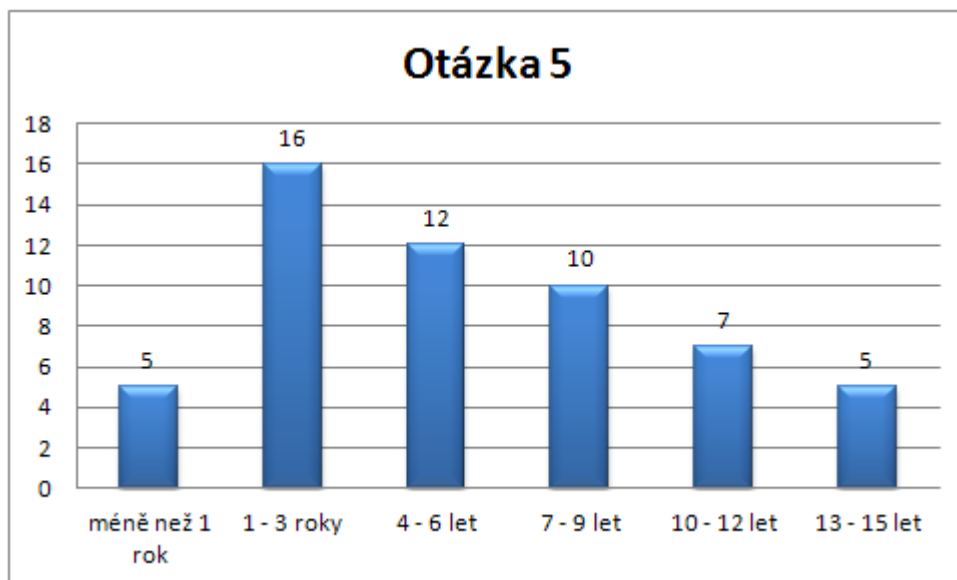
V otázce č. 4 jsem zjišťovala, jakým typem nespecifického střevního zánětu respondenti trpí. 34 respondentů (61,82%) trpí Crohnovou chorobou a 21 respondentů (38,18%) trpí ulcerózní kolitidou. Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že dotazníkového šetření se účastnilo více respondentů s Crohnovou chorobou.

Otázka č. 5

Jak dlouho onemocněním trpíte?

Tab. 5: Rozdělení respondentů dle doby trvání onemocnění

Ot.5	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
méně než 1 rok	5	9,09%
1 - 3 roky	16	29,09%
4 - 6 let	12	21,82%
7 - 9 let	10	18,18%
10 - 12 let	7	12,73%
13 - 15 let	5	9,09%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 5: Graf rozdělení respondentů dle délky trvání onemocnění

V otázce číslo 5 jsem se zajímala o to, jak dlouho respondenti onemocněním trpí. Tato otázka byla otevřená. Respondent tedy nevybíral z daných možností. Poté jsem vytvořila skupiny dle délky trvání onemocnění. Nejvíce dotazovaných trpí onemocněním 1-3 roky a to 16 respondentů (29,09%), dále následuje rozmezí 4-6 let – 12 respondentů (21,82%). V rozmezí 7-9 let trpí onemocněním 10 respondentů (18,18%). 10-12 let trpí onemocněním 7 respondentů (12,73%). Méně než 1 rok onemocněním trpí 5 respondentů (9,09%) a stejný počet respondentů, tedy 5 (9,09%), trpí onemocněním 13-15 let.

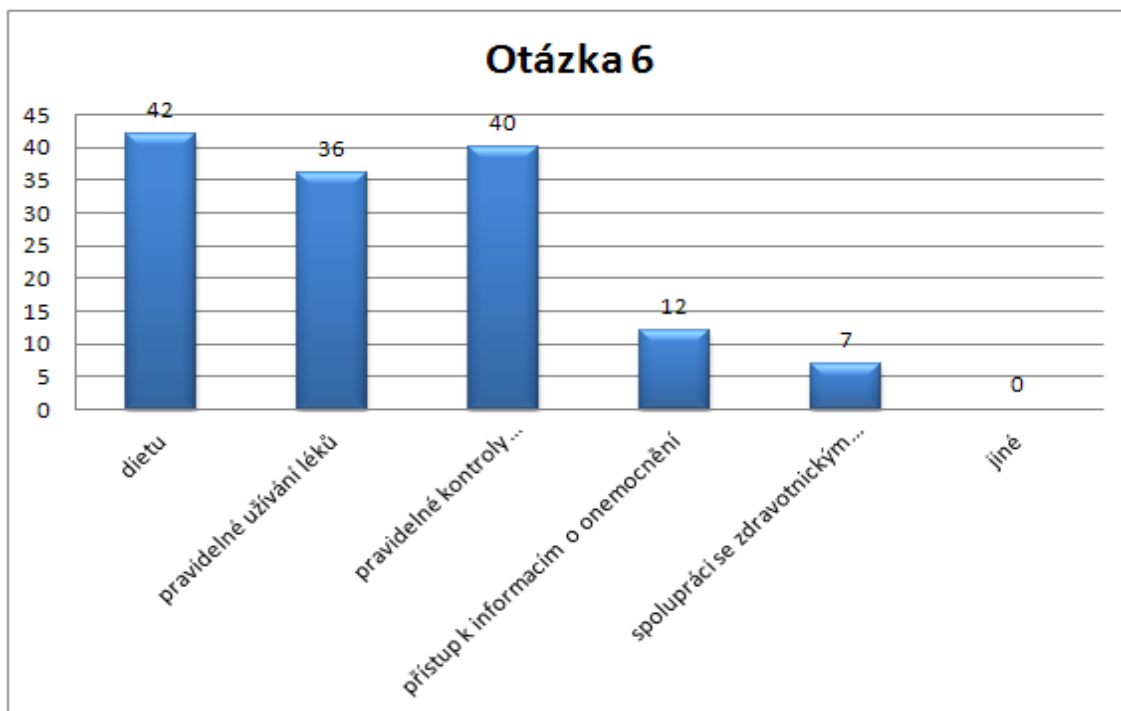
Otázka č. 6

Co považujete za důležitou součást léčby Vašeho onemocnění? (možno uvést více odpovědí)

- a) dietu
- b) pravidelné užívání léků
- c) pravidelné kontroly v gastroenterologických poradnách
- d) přístup k informacím o onemocnění
- e) spolupráci se zdravotnickým personálem
- f) jiné:

Tab. 6: Součást léčby onemocnění (pozn. celkový počet respondentů 55)

Ot.6	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%) - 100%=55
dietu	42	76,36%
pravidelné užívání léků	36	65,46%
pravidelné kontroly v gastroenterologických poradnách	40	72,73%
přístup k informacím o onemocnění	12	21,82%
spolupráci se zdravotnickým personálem	7	12,73%
jiné	0	0,00%



Obr. 6: Graf Součást léčby onemocnění

Tabulka 6 ukazuje, co považují respondenti za důležitou součást léčby svého onemocnění. Celkem bylo zaznamenáno 137 odpovědí v 55 dotaznících. Respondenti mohli označit více odpovědí. Překvapivé je, že pouze 7 respondentů (12,73%) považuje jako důležitou součást léčby spolupráci se zdravotnickým personálem a pouhých 12 respondentů (21,82%) přístup k informacím o svém onemocnění. Předpokládám tedy, že pacienti považují spolupráci a informace za automatické a nepovažují je za součást léčby. 42 respondentů (76,36%) považuje jako důležitou součást léčby dietu, následně 40 respondentů (72,73%) pravidelné kontroly v gastroenterologických poradnách a 36 respondentů (65,46%) pravidelné užívání léků.

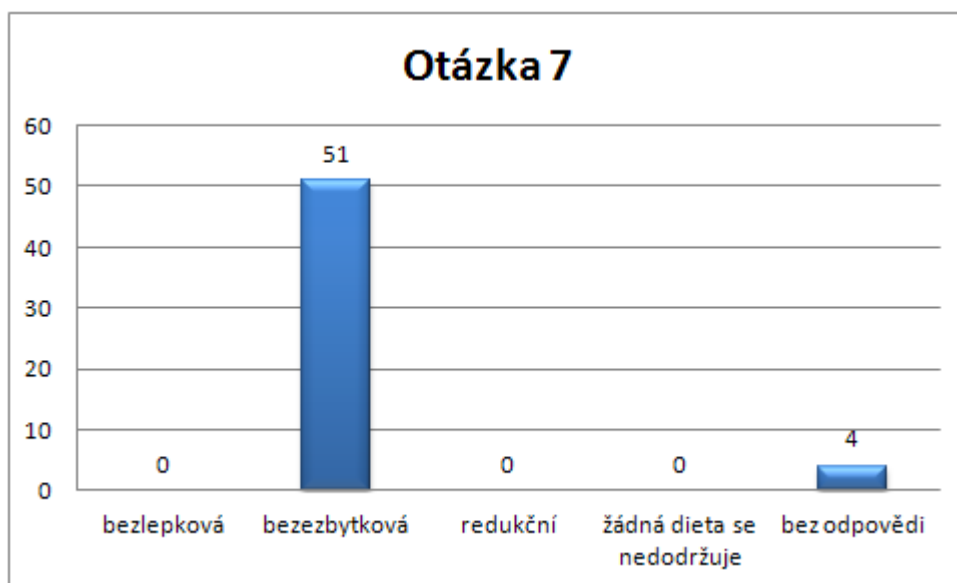
Otázka č. 7

Jak se nazývá dieta, kterou byste měli dodržovat v rámci Vašeho onemocnění?

- a) bezlepková
- b) bezezbytková**
- c) redukční
- d) žádná dieta se nedodrží

Tab. 7: Dieta dodržovaná v rámci onemocnění

Ot.7	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
bezlepková	0	0,00%
bezezbytková	51	92,73%
redukční	0	0,00%
žádná dieta se nedodrží	0	0,00%
bez odpovědi	4	7,27%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 7: Graf Dieta dodržovaná v rámci onemocnění

V otázce č. 7 jsem se dotazovala, jak se nazývá dieta, kterou by měli respondenti v rámci svého onemocnění dodržovat. Správnou odpověď, tedy dieta bezezbytková, označilo 51 respondentů (92,73%). Předpokládám tedy, že pacienti byli o dietních opatřeních informováni. 4 respondenti (7,27%) ponechali otázku bez odpovědi, z čehož lze usuzovat, že na danou otázku neznali odpověď.

Otázka č. 8

Jaké potraviny Vám působí zdravotní obtíže? (možno uvést více odpovědí)

- | | |
|--------------------|-----------------|
| a) zelí | e) mléko |
| b) luštěniny | f) ostré koření |
| c) citrusové plody | g) nevím |
| d) syrová zelenina | e) jiné: |

Tab. 8: Potraviny působící zdravotní obtíže (pozn. celkový počet respondentů 55)

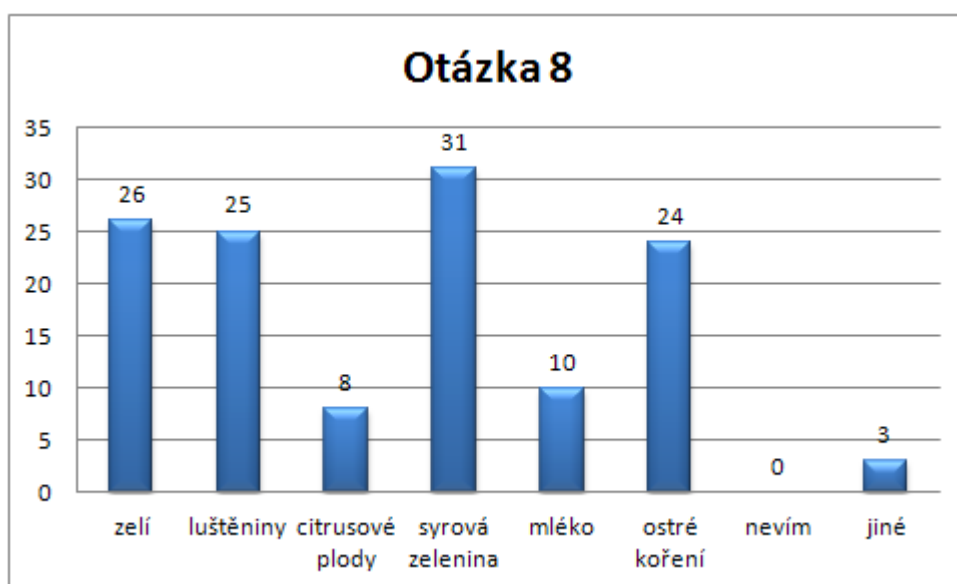
Ot.8	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%) - 100%=55
zelí	26	47,27%
luštěniny	25	45,46%
citrusové plody	8	14,55%
syrová zelenina	31	56,36%
mléko	10	18,18%
ostré koření	24	43,64%
nevím	0	0,00%
jiné	3	5,46%

Textové odpovědi u varianty h) - jiné

alkohol

kečup

vejce



Obr. 8: Graf Potraviny působící zdravotní obtíže

Otázkou č. 8 jsem chtěla zjistit, zda mají pacienti přehled o tom, jaké potraviny jim působí zdravotní obtíže. Celkem bylo zaznamenáno 127 odpovědí v 55 dotaznících. Respondenti mohli označit více odpovědí. Nejvíce působí obtíže syrová zelenina, a to 31 respondentům (56,36%). Dále 26 respondentům (47,27%) působí obtíže zelí, 25 respondentům (45,46%) luštěniny a 24 respondentům (43,64%) ostré koření. Mléko nevyhovuje 10 respondentům (18,18%). Citrusové plody označilo 8 respondentů (14,55%). V možnosti „jiné“ respondenti uvedli jako další potraviny, které jim působí zdravotní obtíže, kečup, vejce a alkohol. Odpověď „nevím“ nezvolil ani jeden respondent, z toho tedy vyplývá, že pacienti mají přehled o potravinách, které jim zdravotní obtíže působí.

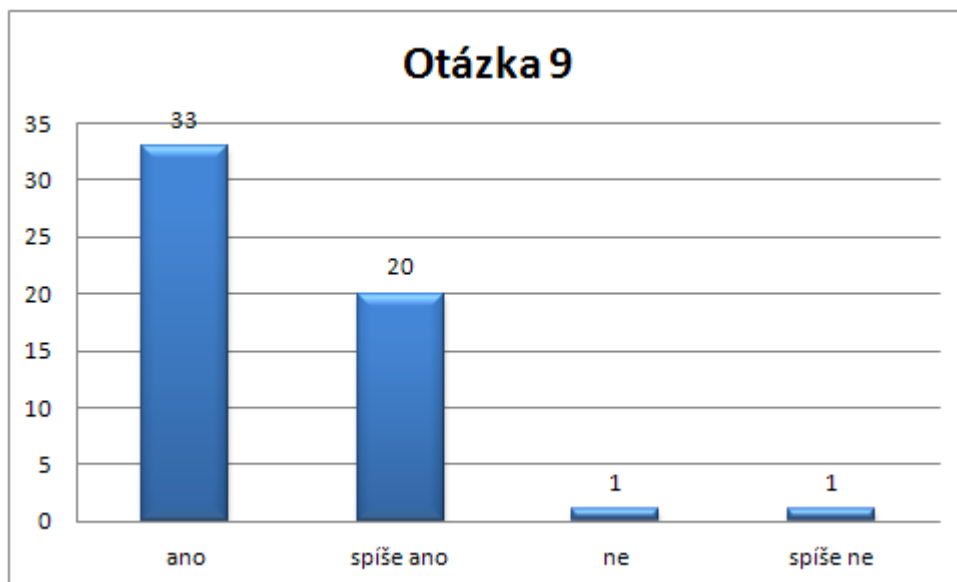
Otázka č. 9

Dodržujete dietní opatření, která Vám byla doporučena?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

Tab. 9: Dodržování dietních opatření

Ot.9	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	33	60,00%
spíše ano	20	36,36%
ne	1	1,82%
spíše ne	1	1,82%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 9: Graf Dodržování dietních opatření

V otázce č. 9 jsem se zaměřila na dodržování dietních opatření. 33 respondentů (60,00%) dietní opatření dodržuje. 20 respondentů (36,36%) zvolilo odpověď spíše ano. Pouze 1 respondent (1,82%) dietní opatření nedodržuje a stejně tak 1 respondent (1,82%) zvolil odpověď spíše ne.

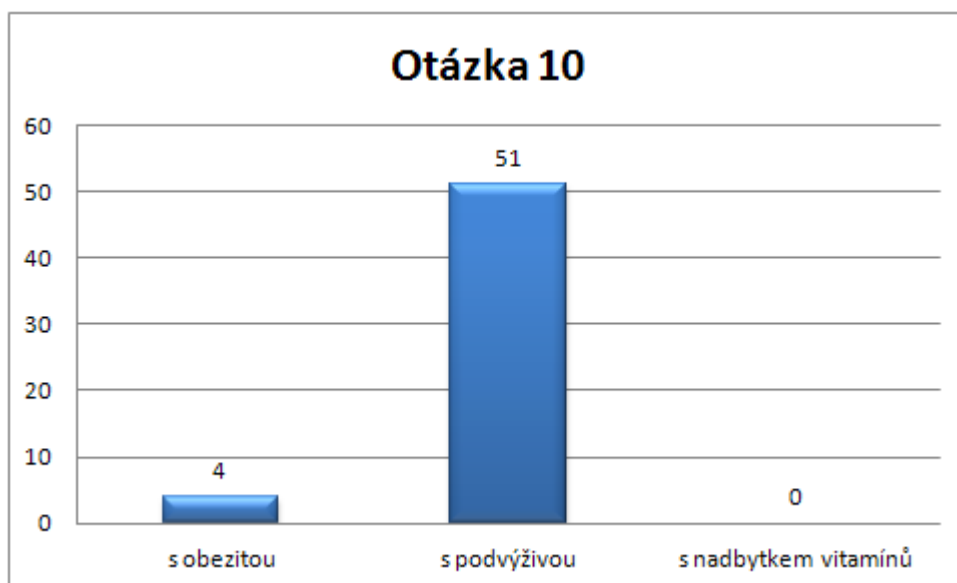
Otázka č. 10

S jakým problémem v rámci výživy se mohou pacienti s nespecifickými střevními záněty potýkat?

- a) s obezitou
- b) s podvýživou**
- c) s nadbytkem vitamínů

Tab. 10: Problémy v rámci výživy

Ot.10	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
s obezitou	4	7,27%
s podvýživou	51	92,73%
s nadbytkem vitamínů	0	0,00%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 10: Graf Problémy v rámci výživy

To, že pacienti s nespecifickými střevními záněty se mohou v rámci výživy potýkat s podvýživou, vědělo 51 respondentů (92,73%). 4 respondenti (7,27%) odpověděli, že se mohou potýkat s obezitou a možnost, že by pacienti měli problémy s nadbytkem vitamínů, nezvolil žádný respondent.

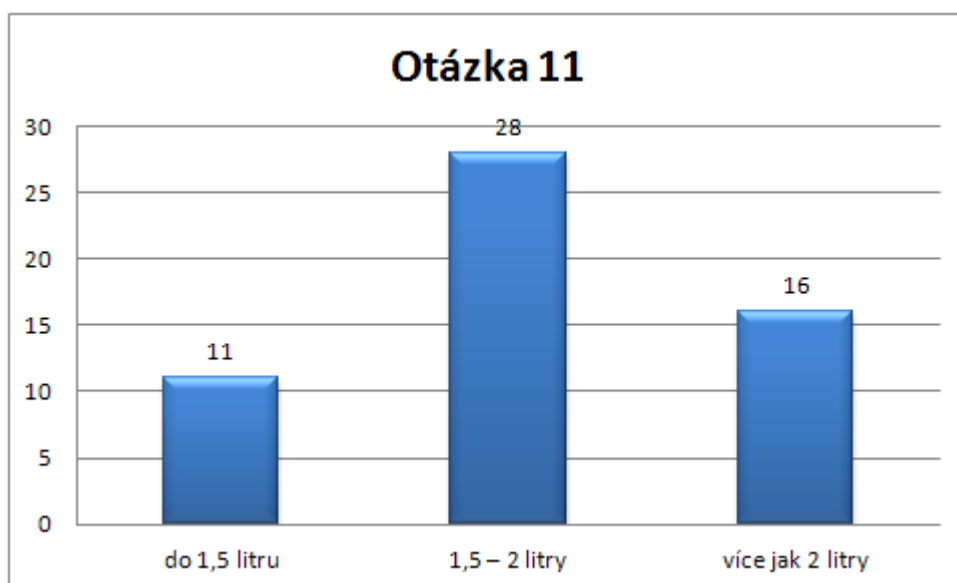
Otázka č. 11

Jaké množství tekutin vypijete za den?

- a) do 1,5 litru
- b) 1,5 – 2 litry
- c) více jak 2 litry

Tab. 11: Množství tekutin vypitých za den

Ot.11	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
do 1,5 litru	11	20,00%
1,5 – 2 litry	28	50,91%
více jak 2 litry	16	29,09%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 11: Graf Množství tekutin vypitých za den

Jak ukazuje tabulka 11, 28 respondentů (50,91%) vypije za den 1,5 – 2 litry tekutin, 16 respondentů (29,09%) vypije více jak 2 litry a méně než 1,5 litru vypije 11 respondentů (20,00%).

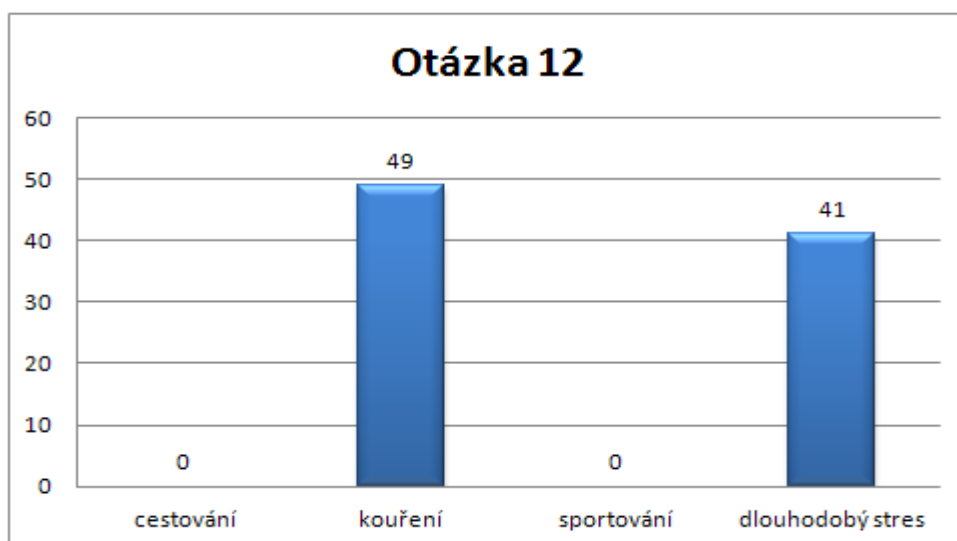
Otázka č. 12

Co není vhodné, pokud trpíte nespecifickým střevním zánětem? (možno uvést více odpovědí)

- a) cestování
- b) kouření**
- c) sportování
- d) dlouhodobý stres**

Tab. 12: Nevhodné činnosti při onemocnění (pozn. celkový počet respondentů 55)

Ot.12	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)-100%=55
cestování	0	0,00%
kouření	49	89,09%
sportování	0	0,00%
dlouhodobý stres	41	74,55%



Obr. 12: Graf Nevhodné činnosti při onemocnění

Celkem bylo zaznamenáno 90 odpovědí v 55 dotaznících. Respondenti mohli zvolit více odpovědí. Z tabulky 12 vyplývá, že 49 respondentů (89,09%) považuje jako nevhodné kouření pokud trpí nespecifickým střevním zánětem a 41 respondentů (74,55%) označilo jako nevhodný dlouhodobý stres. Možnost cestování a sportování neoznačil ani jeden respondent, z čehož vyplývá, že pacienti s nespecifickými střevními záněty mohou vést aktivní život.

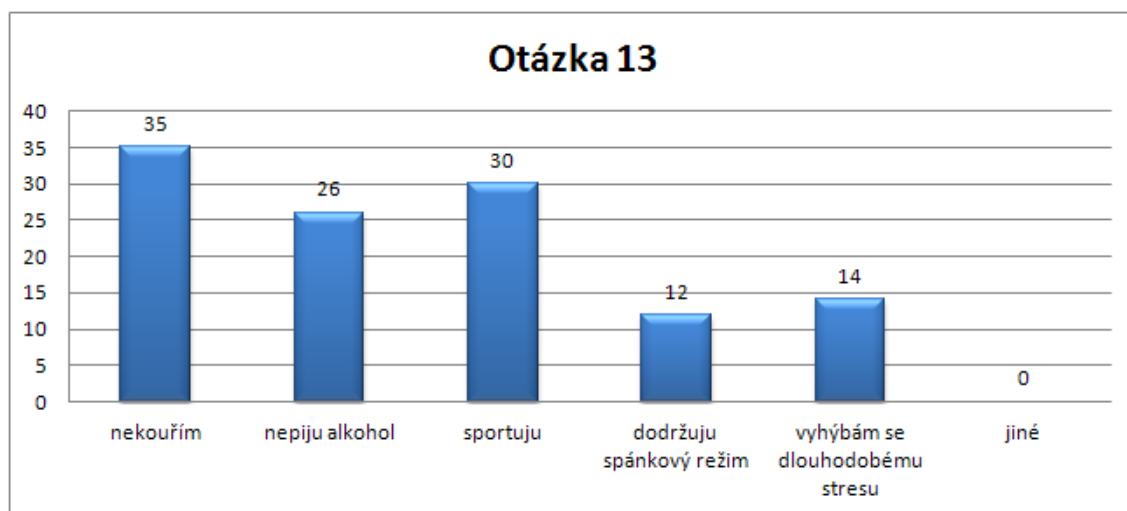
Otázka č. 13

Co děláte proto, aby Vaše onemocnění zůstalo v klidové fázi? (možno uvést více odpovědí)

- a) nekouřím
- b) nepiji alkohol
- c) sportuji
- d) dodržuji spánkový režim
- e) vyhýbám se dlouhodobému stresu
- f) jiné:

Tab. 13: Co pacienti dělají proto, aby onemocnění zůstalo v klidové fázi (pozn. celkový počet respondentů 55)

Ot.13	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)-100%=55
nekouřím	35	63,64%
nepiji alkohol	26	47,27%
sportuji	30	54,55%
dodržuji spánkový režim	12	21,82%
vyhýbám se dlouhodobému stresu	14	25,46%
jiné	0	0,00%



Obr. 13: Graf Co pacienti dělají proto, aby onemocnění zůstalo v klidové fázi

U otázky č. 13 bylo zaznamenáno celkem 117 odpovědí v 55 dotaznících. Respondenti mohli označit více odpovědí. Dotazovala jsem se, co pacienti dělají proto, aby jejich onemocnění zůstalo v klidové fázi. 35 dotazovaných (63,64%) nekouří, 30 respondentů (54,55%) sportuje a 26 respondentů (47,27%) nepije alkohol. Dlouhodobému stresu se snaží vyhnout 14 respondentů (25,46%) a spánkový režim se snaží dodržovat 12 respondentů (21,82%). U možnosti „jiné“ jsem nezaznamenala žádnou odpověď.

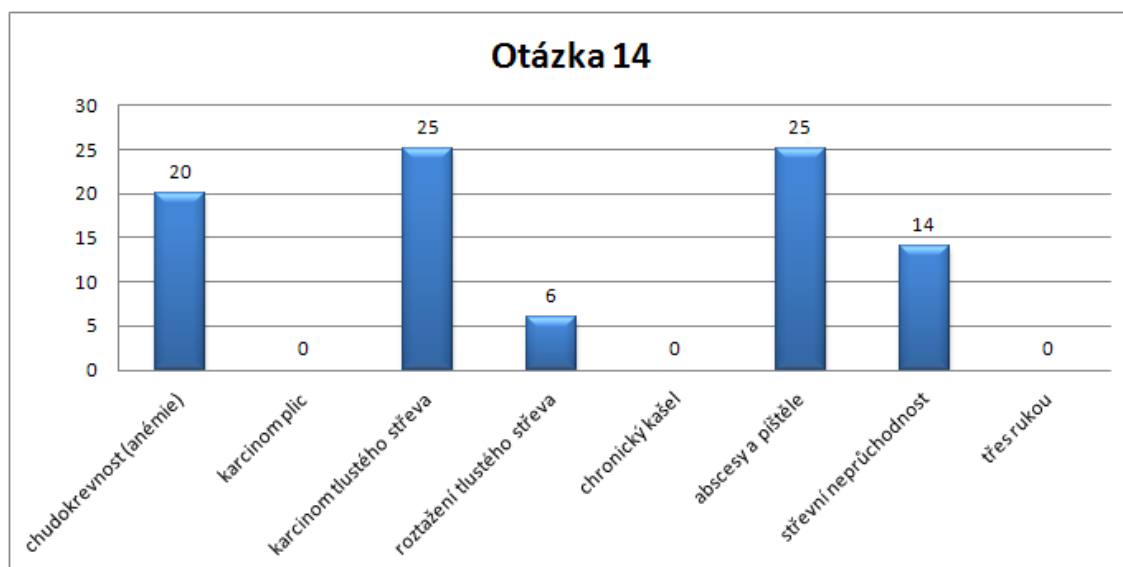
Otázka č. 14

Z uvedených možností označte komplikace, které mohou nastat v průběhu Vašeho onemocnění? (možno uvést více odpovědí)

- | | |
|--|--------------------------|
| a) chudokrevnost (anémie) | e) chronický kašel |
| b) karcinom plic | f) abscesy a píštěle |
| c) karcinom tlustého střeva | g) střevní neprůchodnost |
| d) roztažení tlustého střeva (toxické megakolon) | h) třes rukou |

Tab. 14: Komplikace onemocnění (pozn. celkový počet respondentů 55)

Ot.14	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%) - 100%=55
chudokrevnost (anémie)	20	36,36%
karcinom plic	0	0,00%
karcinom tlustého střeva	25	45,46%
roztážení tlustého střeva	6	10,91%
chronický kašel	0	0,00%
abscesy a píštěle	25	45,46%
střevní neprůchodnost	14	25,46%
třes rukou	0	0,00%



Obr. 14: Graf Komplikace onemocnění

Celkem bylo zaznamenáno 90 odpovědí v 55 dotaznících. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. V otázce č. 14 jsem se zaměřila na to, zda pacienti s nespecifickými střevními záněty vědí, jaké komplikace mohou nastat v rámci jejich onemocnění. Nejčastěji volenou komplikací byl karcinom tlustého střeva a abscesy a píštěle. Tyto varianty označilo 25 respondentů (45,46%). Jako další komplikaci označilo 20 respondentů (36,36%) anémii. Střevní neprůchodnost zvolilo 14 respondentů (25,46%) a toxické megakolon zvolilo 6 respondentů (10,91%). Další možnosti jako je karcinom plic, chronický kašel a třes rukou neoznačil žádný z dotazovaných. Špatnou odpověď tedy neoznačil nikdo.

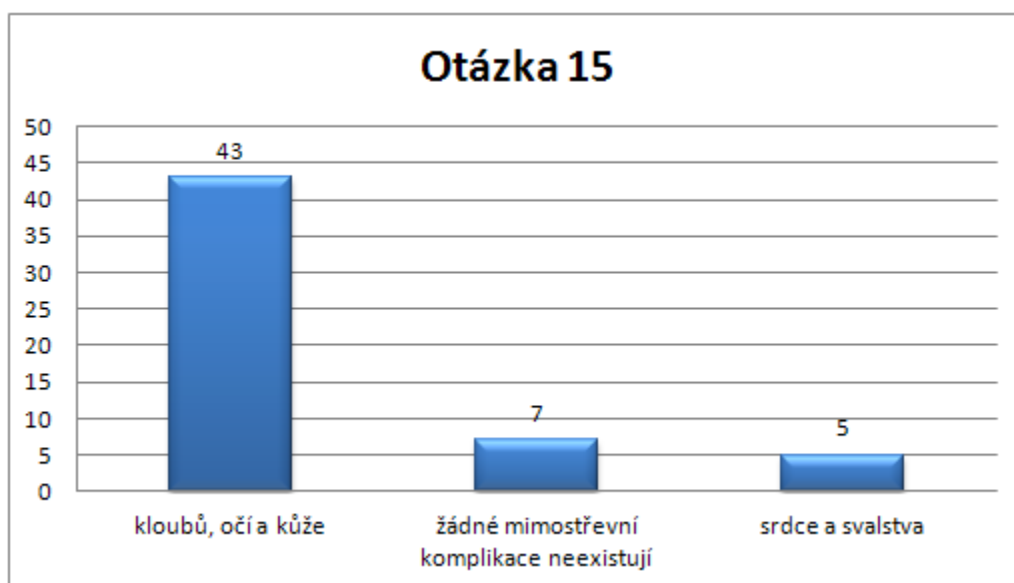
Otázka č. 15

Mezi mimostřevní komplikace nespecifických střevních zánětů patří postižení:

- a) kloubů, očí a kůže
- b) žádné mimostřevní komplikace neexistují
- c) srdce a svalstva

Tab. 15: Mimostřevní komplikace

Ot.15	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
kloubů, očí a kůže	43	78,18%
žádné mimostřevní komplikace neexistují	7	12,73%
srdce a svalstva	5	9,09%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 15: Graf Mimostřevní komplikace

Na otázku č. 15, co patří mezi mimostřevní komplikace nespecifických střevních zánětů, odpovědělo správně 43 respondentů (78,18%). 7 respondentů (12,73%) se domnívalo, že žádné mimostřevní komplikace neexistují a 5 respondentů (9,09%) označilo jako mimostřevní komplikace postižení srdce a svalstva.

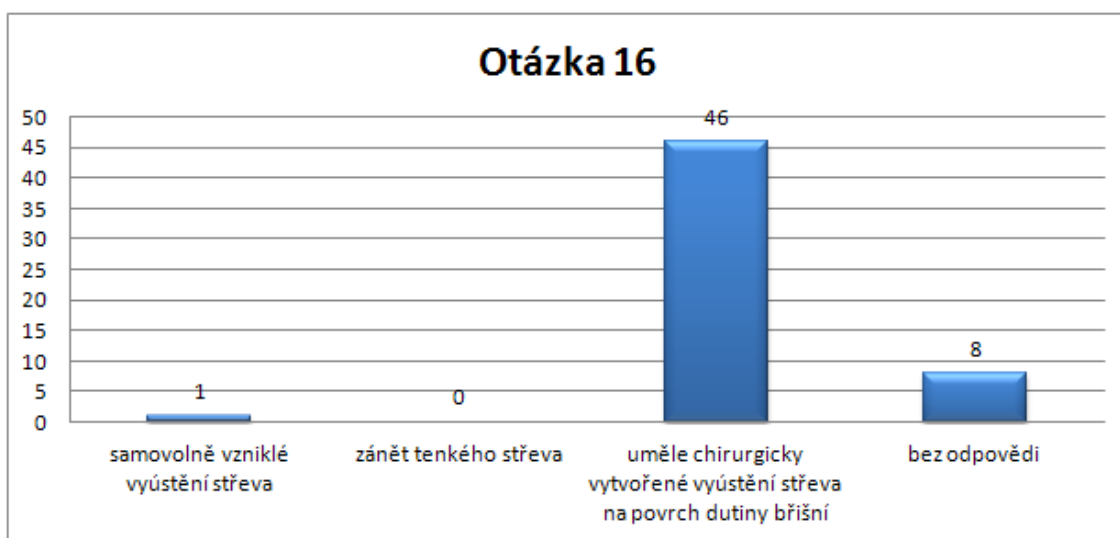
Otázka č. 16

Co je to stomie?

- a) samovolně vzniklé vyústění střeva
- b) zánět tenkého střeva
- c) **uměle chirurgicky vytvořené vyústění střeva na povrch dutiny břišní**

Tab. 16: Co je to stomie?

Ot.16	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
samovolně vzniklé vyústění střeva	1	1,82%
zánět tenkého střeva	0	0,00%
uměle chirurgicky vytvořené vyústění střeva na povrch dutiny břišní	46	83,64%
bez odpovědi	8	14,55%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 16: Graf Co je to stomie?

Na otázku, co je to stomie, odpovědělo správně 46 respondentů (83,64%). Pouze 1 respondent (1,82%) odpověděl, že stomie je samovolně vzniklé vyústění střeva. Bohužel 8 dotazovaných (14,55%) neodpovědělo na otázku vůbec, z čehož můžeme usuzovat, že neznali správnou odpověď na danou otázku.

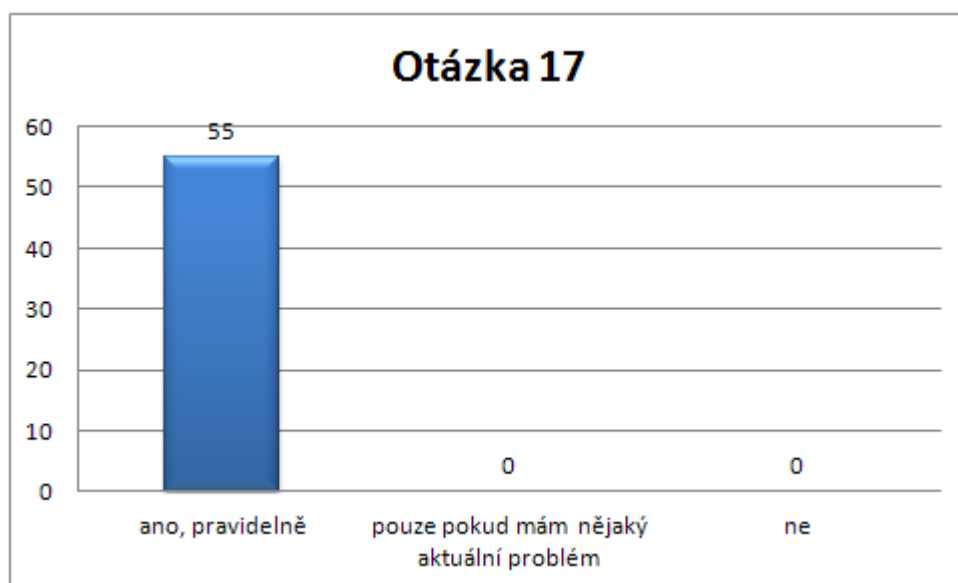
Otázka č. 17

Navštěvujete pravidelně gastroenterologickou poradnu?

- a) ano, pravidelně
- b) pouze pokud mám nějaký aktuální problém
- c) ne

Tab. 17: Pravidelnost návštěv v gastroenterologických poradnách

Ot.17	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, pravidelně	55	100,00%
pouze pokud mám nějaký aktuální problém	0	0,00%
ne	0	0,00%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 17: Graf Pravidelnost návštěv v gastroenterologických poradnách

Z tabulky 17 vyplývá, že 55 dotazovaných (100%) navštěvuje pravidelně gastroenterologickou poradnu. Nikdo z respondentů nenavštěvuje poradnu pouze, pokud u něj vznikne nějaký aktuální problém. A odpověď, že poradnu nenavštěvuje vůbec, nezvolil také žádný z respondentů.

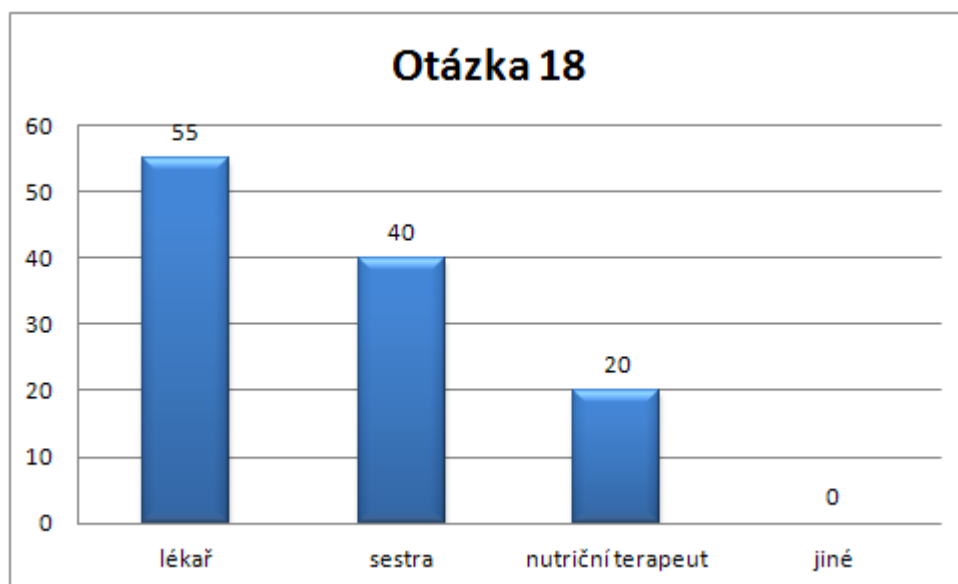
Otázka č. 18

Kdo Vás edukoval (poučil) o opatřeních (dieta, pohyb...) souvisejících s Vaším onemocněním? (možno uvést více odpovědí)

- a) lékař
- b) sestra
- c) nutriční terapeut
- d) jiné:

Tab. 18: Kdo edukoval pacienta? (pozn. celkový počet respondentů 55)

Ot.18	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%) - 100% = 55
lékař	55	100,00%
sestra	40	72,73%
nutriční terapeut	20	36,36%
jiné	0	0,00%



Obr. 18: Graf Kdo edukoval pacienta

V otázce č. 18 bylo zaznamenáno 115 odpovědí v 55 dotaznících. Respondenti mohli zvolit více odpovědí. Zabývala jsem se tím, kdo pacienty edukuje o opatřeních souvisejících s jejich onemocněním. 55 dotazovaných (100%) označilo lékaře, 40

respondentů (72,73%) označilo sestru a 20 respondentů (36,36%) bylo v kontaktu s nutričním terapeutem. Z toho vyplývá, že informace nepodává pouze lékař, ale že nedílnou součástí edukace je i sestra a nutriční terapeut.

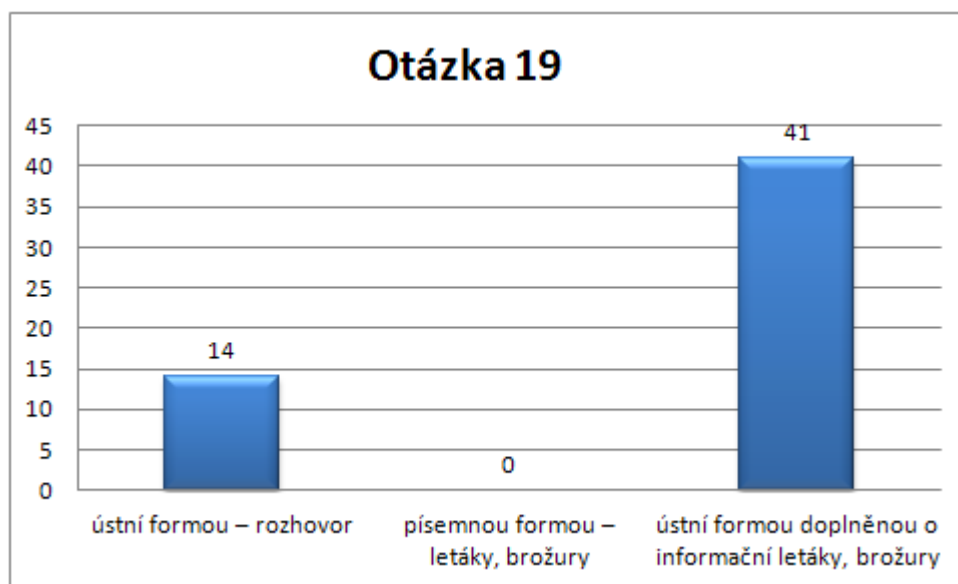
Otázka č. 19

Jakou metodou edukace (poučení) o opatřeních souvisejících s Vaším onemocněním probíhala?

- a) ústní formou – rozhovor
- b) písemnou formou – letáky, brožury
- c) ústní formou doplněnou o informační letáky, brožury

Tab. 19: Metoda edukace

Ot.19	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ústní formou – rozhovor	14	25,45%
písemnou formou – letáky, brožury	0	0,00%
ústní formou doplněnou o informační letáky, brožury	41	74,55%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 19: Graf Metoda edukace

Tabulka 19 ukazuje, že nejvíce používanou metodou edukace je ústní forma doplněná o informační letáky a brožury, tuto možnost zvolilo 41 dotazovaných (74,55%). 14 respondentů (25,45%) zvolilo ústní formu edukace. Pouze písemnou formu edukace nezvolil ani jeden respondent, z čehož vyplývá, že pacienti nedostanou do ruky pouze informační leták, ale personál poskytuje informace osobně ústně.

Otázka č. 20

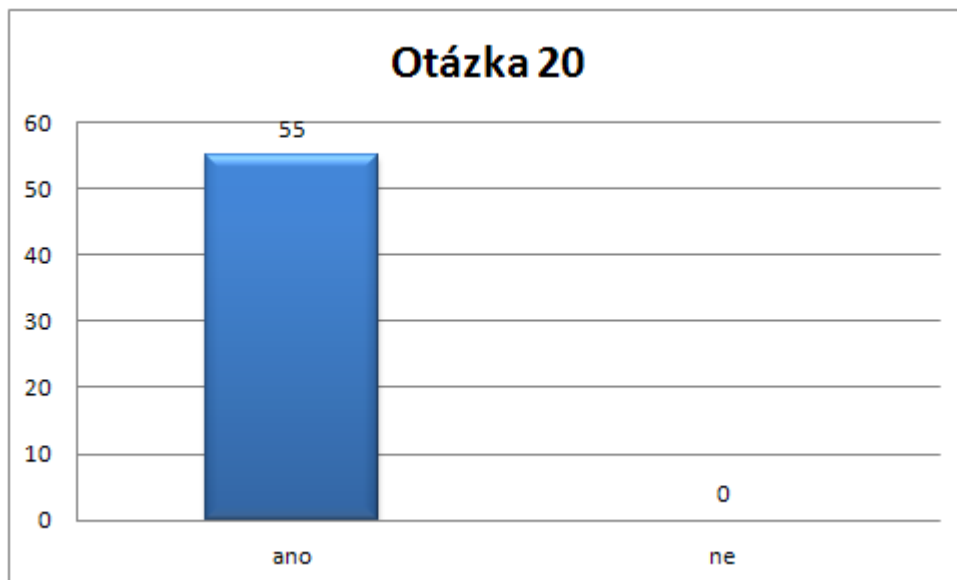
Byly informace, které Vám byly poskytnuty srozumitelné?

a) ano

b) ne

Tab. 20: Srozumitelnost informací

Ot.20	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	55	100,00%
ne	0	0,00%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 20: Graf Srozumitelnost informací

V otázce č. 20 mne zajímalo, zda informace, které byly pacientovi poskytnuty, považuje za srozumitelné. Důležité zjištění je, že 55 respondentů (100%) považuje získané informace za srozumitelné.

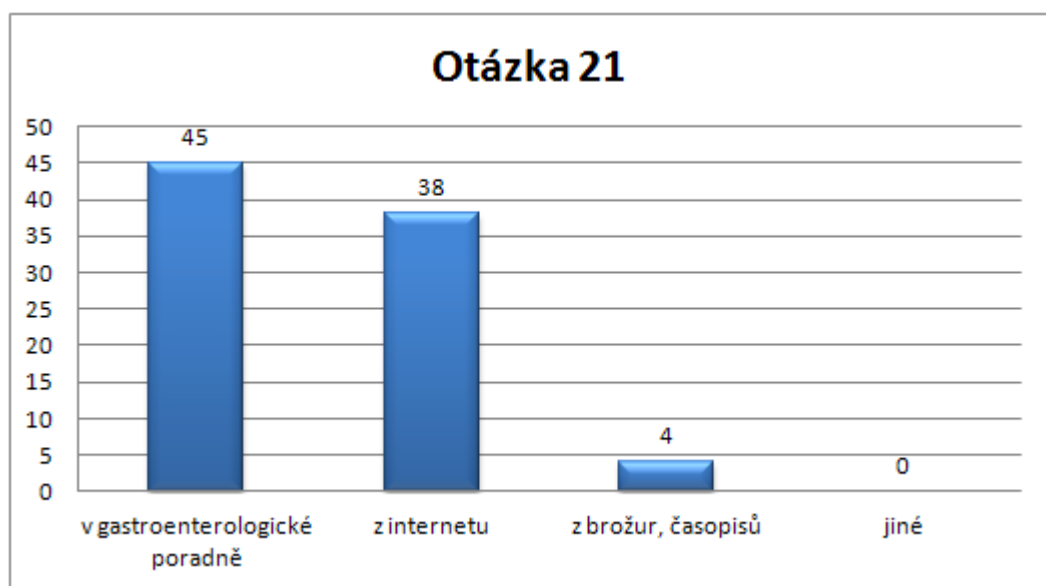
Otázka č. 21

Kde jste získal/a podrobnější informace o onemocnění? (možno uvést více odpovědí)

- a) v gastroenterologické poradně
- b) z internetu
- c) z brožur a časopisů
- d) jiné:

Tab. 21: Získávání podrobnějších informací (pozn. celková počet respondentů 55)

Ot.21	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)-100%=55
v gastroenterologické poradně	45	81,82%
z internetu	38	69,09%
z brožur, časopisů	4	7,27%
jiné	0	0,00%



Obr. 21: Graf Získávání podrobnějších informací

Zaznamenáno bylo celkem 87 odpovědí v 55 dotaznících. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. V otázce č. 21 jsem se zaměřila na získávání podrobnějších informací o onemocnění. 45 respondentů (81,82%) získalo podrobnější informace o svém onemocnění v gastroenterologické poradně, z internetu získalo podrobnější informace 38 dotazovaných (69,09%) a 4 dotazovaní (7,27%) z brožur a časopisů.

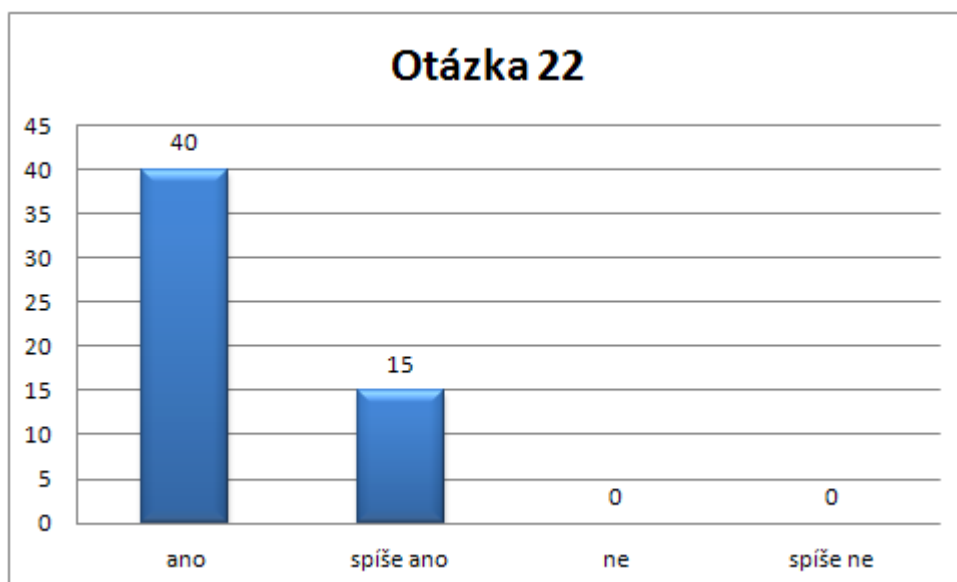
Otázka č. 22

Bylo pro Vás prostředí, kde edukace (poučení) probíhala příjemné? (bez rušivých elementů, bez hluku)

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

Tab. 22: Prostředí edukace

Ot.22	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	40	72,73%
spíše ano	15	27,27%
ne	0	0,00%
spíše ne	0	0,00%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 22: Graf Prostředí edukace

Pro 40 respondentů (72,73%) bylo prostředí, kde byli edukováni, příjemné. 15 respondentů (27,27%) odpovědělo spíše ano a žádný z respondentů neodpověděl, že by prostředí bylo nepříjemné.

Otázka č. 23

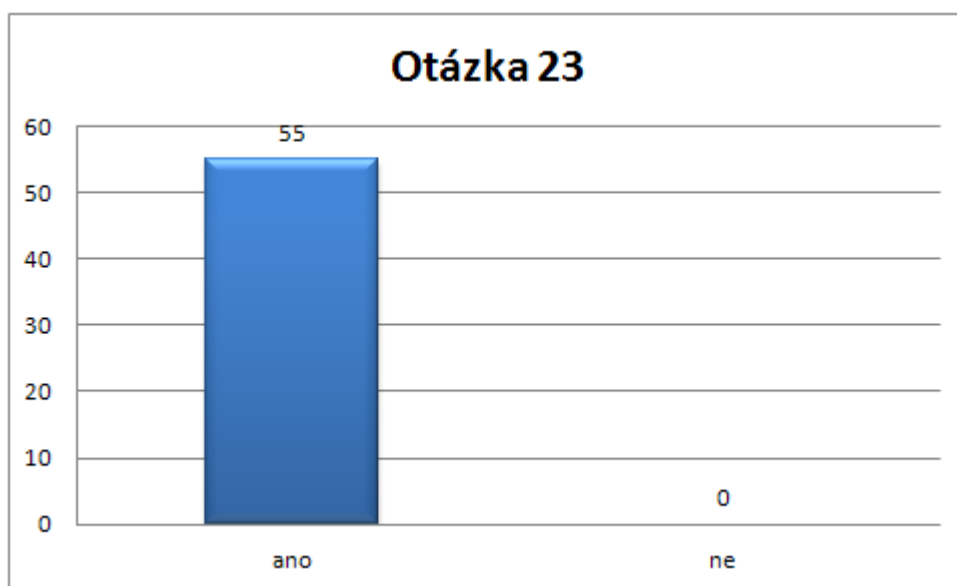
Vznikl při podávání informací o Vašem onemocnění v gastroenterologické poradně prostor pro zodpovězení Vašich dotazů?

a) ano

b) ne

Tab. 23: Prostor pro zodpovězení dotazů

Ot.23	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	55	100,00%
ne	0	0,00%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 23: Graf Prostor pro zodpovězení dotazů

U otázky č. 23 odpovědělo 55 respondentů (100%), že při podávání informací vznikl prostor pro zodpovězení případných dotazů.

Otázka č. 24

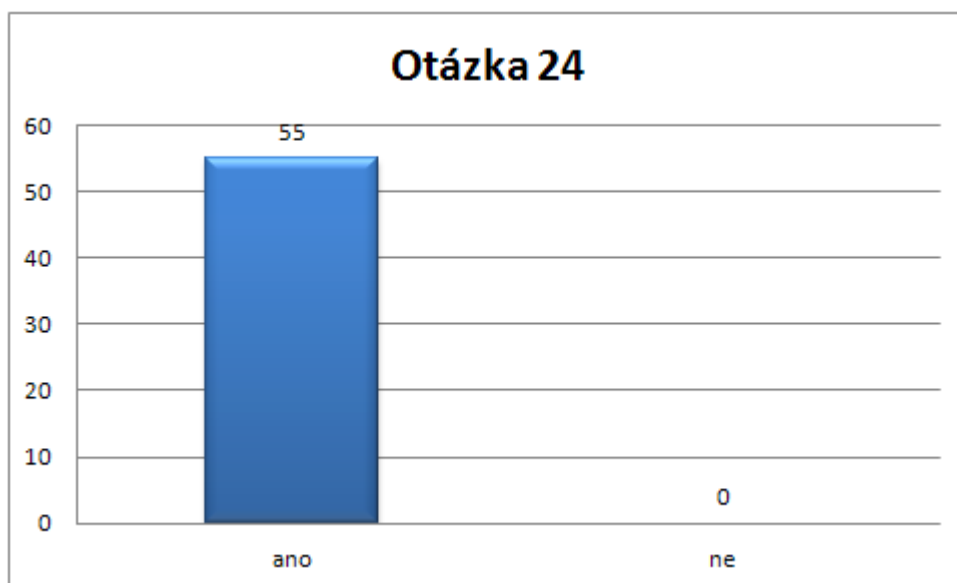
Dokázala sestra v gastroenterologické poradně zodpovědět Vaše případné dotazy?

a) ano

b) ne

Tab. 24: Zodpovězení dotazů sestrou

Ot.24	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	55	100,00%
ne	0	0,00%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 24: Graf Zodpovězení dotazů sestrou

Příjemné zjištění je, že 55 dotazovaných (100%) uvedlo v otázce č. 24, že sestra v gastroenterologické poradně dokázala zodpovědět dotazy týkající se jejich onemocnění.

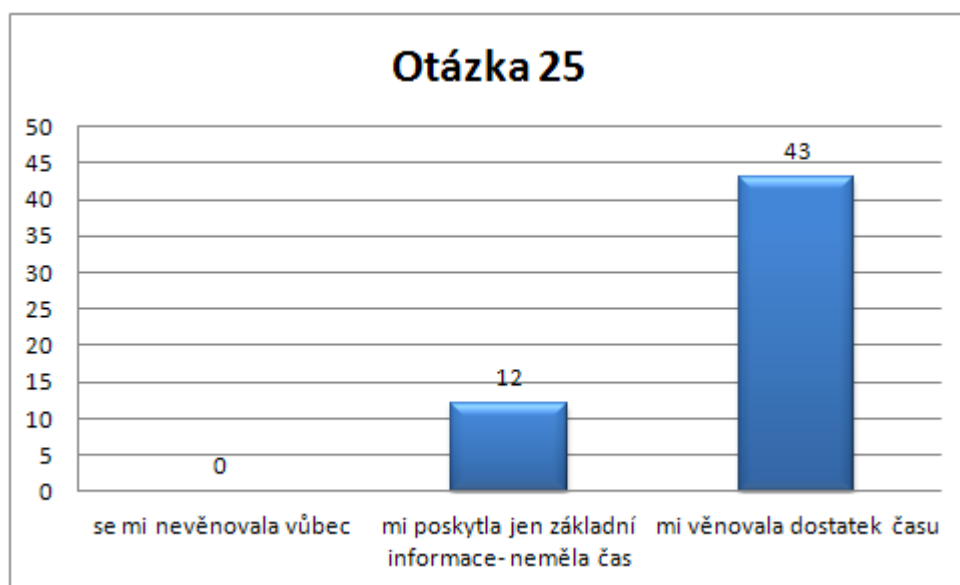
Otázka č. 25

Sestra v gastroenterologické poradně:

- a) se mi nevěnovala vůbec
- b) mi poskytla jen základní informace – neměla čas
- c) mi věnovala dostatek času

Tab. 25: Čas věnovaný pacientovi sestrou

Ot.25	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
se mi nevěnovala vůbec	0	0,00%
mi poskytla jen základní informace- neměla čas	12	21,82%
mi věnovala dostatek času	43	78,18%
Celkový součet	55	100,00%



Obr. 25: Graf Čas věnovaný pacientovi sestrou

V poslední otázce jsem se zabývala tím, kolik času věnovala sestra v gastroenterologické poradně pacientům. 43 respondentů (78,18%) odpovědělo, že jim sestra věnovala dostatek času, 12 respondentů (21,82%) odpovědělo, že jim poskytla sestra pouze základní informace pro nedostatek času. Žádný z respondentů neoznačil možnost, že by se sestra pacientovi nevěnovala vůbec.

7. Diskuze

Tématem mé bakalářské práce byla Edukace pacientů s nespecifickými střevními záněty. Cílem mé práce bylo zjistit, do jaké míry jsou pacienti s nespecifickými střevními záněty o svém onemocnění edukováni a jakým způsobem samotná edukace probíhá.

Jako metodu sběru dat jsem použila dotazníkové šetření. Dotazníky byly rozdány pacientům s nespecifickými střevními záněty v gastroenterologických poradnách v Liberci a Jablonci nad Nisou. Dotazníky pacientům rozdávaly sestry za provozu v poradnách, což mělo za následek nižší návratnost. Pacienti dotazníky vyplňovali ochotně, avšak u některých odpovědí jsem vypožadovala ztrátu pozornosti.

Výzkumu se zúčastnilo 55 respondentů. Respondenty tvořili pacienti s nespecifickými střevními záněty. Nejvíce respondentů (43,64%) spadá do věkové kategorie 20 – 29 let. Z toho lze usuzovat, že nespecifické střevní záněty postihují nejčastěji mladé lidi. Nejméně zastoupená věková kategorie byla do 20 let, kdy odpovídal pouze 1 respondent. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti (29,09%), kteří onemocněním trpí v rozmezí 1 – 3 let. Tudíž předpokládám, že o onemocnění a opatřeních souvisejících s onemocněním by měli mít dostatek informací. Vzhledem k tomu, že se jedná o nemoc, která bude pacienta provázet celý život, měli by pacienti mít zájem o získávání nových znalostí v rámci daného onemocnění. Což se potvrdilo tím, že si pacienti informace vyhledávají i sami na internetu nebo v brožurách. 42 respondentů považuje dietu za důležitou součást léčby, dále následují pravidelné kontroly v gastroenterologických poradnách a pravidelné užívání léků. Překvapivé je, že nejméně respondentů (12,73%) považuje za důležitou součást léčby spolupráci se zdravotnickým personálem a pouhých 12 respondentů přístup k informacím o onemocnění. Předpokládám tedy, že pacienti vnímají tyto možnosti jako automatické. Správně pojmenovat dietu, kterou by měli pacienti v rámci svého onemocnění dodržovat, dokázalo 51 respondentů, což svědčí o tom, že pacienti byli s dietními opatřeními seznámeni.

Na začátku výzkumu jsem si stanovila 4 hypotézy:

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že edukovaní pacienti znají opatření související s daným onemocněním.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že pacienti znají komplikace související s daným onemocněním.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že edukovaní pacienti dodržují opatření související s daným onemocněním.

Hypotéza č. 4

Domnívám se, že nejčastější formou edukace je ústní forma.

Pro podpoření nebo nepodpoření **hypotézy č. 1** byly stanoveny otázky č. 6, 7, 8 a 12. V otázce č. 6 jsem se zabývala tím, co pacienti považují za důležitou součást léčby svého onemocnění. Překvapivé je, že pouze 7 respondentů (12,73%) považuje za důležitou součást léčby spolupráci se zdravotnickým personálem a 12 respondentů (21,82%) přístup k informacím o onemocnění. Dá se tedy předpokládat, že pacienti vnímají spolupráci s personálem a přísun informací jako automatický a nepovažují je za součást léčby svého onemocnění. V otázce č. 7 jsem zjišťovala, zda pacienti vědí, jak se nazývá dieta, kterou by měli v rámci svého onemocnění dodržovat. S výsledkem jsem byla spokojena, protože 51 respondentů (92,73%) znalo název diety. 4 respondenti ponechali otázku bez označení odpovědi, z čehož se dá usuzovat, že neznali odpověď na danou otázku. Z hodnocení otázky č. 8 vyplývá, že pacienti znají potraviny, které jim působí zdravotní obtíže. Nikdo z dotazovaných neoznačil možnost „nevím“. U otázky č. 12 mě zajímalo, zda pacienti vědí, co není vhodné, pokud trpí nespecifickým střevním zánětem. Příjemné zjištění je, že pacienti nevnímají jako nevhodné cestování nebo sportování. Za nevhodné považuje 49 respondentů (89,09%) kouření a 41 respondentů (74,55%) dlouhodobý stres. Výsledky považuji za pozitivní, pacienti znají opatření související s jejich onemocněním. **Hypotéza č. 1 byla potvrzena.**

K **hypotéze č. 2** se vztahují otázky č. 10,14,15 a 16, které hypotézu podpoří nebo nepodpoří. Otázku č. 10 jsem považovala za jednoduchou, avšak 4 respondenti (7,27%)

označili jako problém s výživou u pacientů s nespecifickými střevními záněty obezitu. 51 respondentů (92,73%) označilo správně podvýživu. Otázka č. 14 ukázala, že pacienti znají komplikace, které mohou nastat v souvislosti s jejich onemocněním. 25 respondentů (45,46%), tedy nejvíce, označilo jako komplikaci karcinom tlustého střeva a stejný počet respondentů označil abscesy a píštěle. Pozitivní je, že nikdo neoznačil jako komplikaci chronický kašel, karcinom plic a třes rukou. Proto předpokládám, že respondenti nad otázkou přemýšleli. Dále jsem se zabývala mimostřevními komplikacemi onemocnění. Zde jsem předpokládala, že pacienti nebudou mít v této oblasti dostatek znalostí. Příjemné zjištění bylo, že 43 respondentů (78,18%) zvolilo správnou odpověď. Dále mě zajímalo v otázce č. 16, zda pacienti vědí, co je to stomie. 46 respondentů (83,64%) odpovědělo správně. 1 respondent (1,81%) zvolil špatnou odpověď a bohužel 8 dotazníků zůstalo bez odpovědí, což se dá přisuzovat tomu, že respondenti neznali odpověď na otázku. **Hypotéza č. 2 byla potvrzena.** Avšak v této oblasti mají pacienti určité nedostatky, které by měly být odstraněny. Možným řešením je poskytnout pacientům více informací o komplikacích souvisejících s jejich onemocněním a poskytnutí edukačních materiálů.

Pro podpoření nebo nepodpoření **hypotézy č. 3** byly stanoveny otázky č. 9, 11, 13 a 17. V otázce č. 9, kde jsem se dotazovala, zda pacienti dodržují dietní opatření, která jim byla doporučena, bylo příjemné zjištění, že 33 respondentů (60,00%) dietní opatření dodržuje, dále pak 20 respondentů (36,36%) označilo odpověď „spíše ano“, tudíž předpokládám, že dietní opatření dodržují, ale občas ho poruší. 1 respondent (1,82%) udal, že dietní opatření nedodržuje a stejně tak i 1 respondent zvolil možnost „spíše ne“. V otázce č. 11 jsem zjišťovala, zda pacienti dodržují pitný režim, který, obzvlášť pokud pacienti trpí průjmami, považují za velmi důležitý. 28 respondentů (50,91%) vypije denně 1,5 – 2 litry tekutin. 16 respondentů (29,09%) vypije více jak 2 litry a 11 respondentů (20,00%) pouze do 1,5 litru tekutin, což považuju za zcela nedostačující. Otázka č. 13 ukazuje, co pacienti dělají proto, aby jejich onemocnění zůstalo v klidové fázi. Milé překvapení je, že 35 dotazovaných (63,64%) nekouří a 26 dotazovaných (47,27%) nepije alkohol. 30 respondentů (54,55%) sportuje, což znamená, že i přes své onemocnění vedou aktivní život. 14 respondentů (25,46%) se snaží vyhnout dlouhodobému stresu a 12 (21,82%) dodržuje spánkový režim. Z toho vyplývá, že pacienti upřednostňují zdravý životní styl. Velmi pozitivně hodnotím otázku č. 17, kde 55 respondentů (100%) odpovědělo, že pravidelně navštěvuje gastroenterologickou

poradnu. Ani jeden z respondentů neoznačil odpověď, že poradnu navštěvuje pouze v případě, pokud má nějaký aktuální problém. Je tedy vidět, že pacienti přistupují ke svému onemocnění zodpovědně a nečekají, až nastanou nějaké komplikace. **Hypotéza č. 3 byla potvrzena.**

K **hypotéze č. 4** se vztahují otázky č. 18 – 25, kde jsem se zabývala edukací pacientů s nespecifickými střevními záněty. V otázce č. 18 mě zajímalo, kdo pacienty edukoval o opatřeních souvisejících s jejich onemocněním. Všech 55 respondentů odpovědělo, že lékař. Pozitivní zjištění je, že 40 respondentů uvedlo i to, že je edukovala sestra, z čehož vyplývá, že sestra je nedílnou součástí edukačního procesu. 20 respondentů uvedlo, že se setkali i s nutričním terapeutem. Otázka č. 19 potvrzuje to, že nejčastěji edukace probíhá ústní formou, která je doplněna o informační letáky a brožury. Tuto možnost zvolilo 41 respondentů (74,55%), pouze ústní formu volilo 14 respondentů (25,45%). Možnost, že pacient dostal informace pouze na informačním letáku, nezvolil nikdo z dotazovaných. Další příjemné zjištění je, že pacienti považují informace, které jim byly poskytnuty, za srozumitelné. V otázce č. 21 jsem zjišťovala, kde pacienti získali podrobnější informace o svém onemocnění. Kladně hodnotím to, že 45 respondentů odpovědělo, že v gastroenterologické poradně, čímž se opět potvrzuje, že převažuje ústní forma edukace nad písemnou. 38 respondentů volilo dále možnost „internet“ a 4 respondenti získávali informace z brožur a časopisů. 40 respondentů (72,73%) označilo prostředí, kde edukace probíhala za příjemné a 15 respondentů zvolilo odpověď „spíše ano“. Velmi pozitivní je, že nikdo z dotazovaných neoznačil prostředí za nepříjemné. V další otázce jsem se ptala, zda při poskytování informací o onemocnění vznikl pro pacienty prostor pro zodpovězení jejich dotazů. 55 respondentů (100%) odpovědělo, že ano. V otázce č. 24 jsem se zabývala tím, zda sestra v gastroenterologické poradně dokázala zodpovědět pacientovi případné dotazy. Z hodnocení otázky vyplynul velmi kladný výsledek, protože 55 respondentů označilo odpověď ano. Z tohoto výsledku vyplývá, že sestry mají výborné teoretické znalosti a dokážou být pacientovi oporou. U otázky č. 25 jsem zjišťovala, kolik času věnuje sestra pacientovi v gastroenterologické poradně. 43 respondentů (78,18%) odpovědělo, že jim sestra věnovala dostatek času. Bohužel 12 respondentů (21,82%) odpovědělo, že jim sestra poskytla jen základní informace, že na ně neměla čas, z čehož vyplývá, že sesterská práce je velmi časově náročná. Avšak mohlo dojít i k pochybení ze strany

sester, které nepovažovaly poskytování informací za důležité a bagatelizovaly problémy pacientů. **Hypotéza č. 4 byla potvrzena.**

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, do jaké míry jsou pacienti s nespecifickými střevními záněty edukováni a jakým způsobem edukace probíhá. Z výzkumného šetření vyplývá, že pacienti mají znalosti o svém onemocnění, znají opatření a komplikace související s jejich onemocněním a že ve většině případů opatření dodržují. Dále za pozitivní výsledek považují to, že převažuje ústní forma edukace pacientů nad formou písemnou, při které nemůže vzniknout prostor pro případné dotazy pacienta a ověření si správného pochopení daného problému. Lze tedy říct, že edukace pacientů s nespecifickými střevními záněty v Krajské nemocnici Liberec, a.s. a Nemocnici Jablonec nad Nisou, o.p. je na vysoké úrovni.

Návrh na řešení zjištěných nedostatků

Pořádání seminářů pro pacienty s nespecifickými střevními záněty.

Pořádání setkávacích akcí pro pacienty, kde by si sdělili své zkušenosti.

Proškolení sester v oblasti edukační činnosti.

8. Závěr

Tématem bakalářské práce byla Edukace pacientů s nespecifickými střevními záněty. Edukační činnost je v dnešní době nedílnou součástí ošetrovatelství. Od sestry se v této oblasti vyžadují dobré teoretické znalosti a praktické dovednosti, aby dokázala být pacientovi oporou v obtížných životních situacích. Vzhledem k tomu, že nemoc pacienta provází celý život, je potřeba, aby byly pacientovi poskytovány aktuální informace o jeho onemocnění. Hlavním cílem práce bylo zjistit, do jaké míry jsou pacienti s nespecifickými střevními záněty edukováni a jakým způsobem u nich edukace probíhá.

Teoretická část se zabývá rozdělením onemocnění, příznaky onemocnění, diagnostikou a léčbou onemocnění. Dále popisuje edukační proces a činnost sestry v roli edukátorky. Zabývá se jednotlivými edukačními činnostmi sestry u pacientů s nespecifickými střevními záněty. Poslední kapitola se věnuje správné komunikaci s pacientem, která úzce souvisí se správnou edukací pacienta.

Výzkum prokázal, že pacienti s nespecifickými střevními záněty znají opatření související s jejich onemocněním, že znají komplikace svého onemocnění a ve většině případů i opatření dodržují. Dále bylo zjištěno, že převažuje ústní forma edukace nad formou písemnou, což považuji za velmi pozitivní výsledek. Při edukaci ústní metodou vzniká prostor pro zodpovězení dotazů pacienta a vzniká i prostor pro ověření pochopení podaných informací. Jako respondenty pro výzkumné šetření jsem zvolila pacienty s nespecifickými střevními záněty v gastroenterologických poradnách Krajské nemocnice Liberec, a.s. a nemocnice Jablonec nad Nisou, o.p. Byla jsem potěšena, že pacienti byli ochotni se mnou spolupracovat a věnovali svůj čas vyplnění mých dotazníků. Celkový výsledek výzkumného šetření považuji za velmi pozitivní. Cílem práce bylo zjistit, zda pacienti mají potřebné informace o opatřeních souvisejících s jejich onemocněním, o komplikacích, které mohou nastat v rámci jejich onemocnění a zda dodržují opatření, která jim byla doporučena. Dále mne zajímalo, jakým způsobem edukace u těchto pacientů probíhá. Příjemné zjištění bylo, že na edukaci se nepodílí pouze lékař, ale i sestry a nutriční terapeuti. Pacientům s nespecifickými střevními záněty jejich nemoc ovlivňuje život, a proto potřebují dostatečný přísun informací o svém onemocnění, potřebují znát komplikace a opatření, která by měli dodržovat. Proto považuji jejich edukaci za velmi důležitou. Sestra

v gastroenterologické poradně by měla mít dostatek teoretických znalostí a dokázat pacientovi zodpovědět jeho případné dotazy. Z výzkumného šetření se prokázalo, že pacienti hodnotí edukaci kladně a přístup sester ve většině případů pozitivně. V některých případech si pacienti stěžovali, že na ně sestra neměla čas a poskytla jim pouze základní informace. Což je dle mého předpokladu dáno tím, že práce sestry je časově náročná a sestra má na starosti více činností, než jen tu edukační. V některých případech se může stát, že sestra podceňuje edukaci pacientů a nepovažuje ji za důležitou.

Z celého výzkumného šetření vyplývá, že pacienti znají opatření a komplikace související s jejich onemocněním, že dodržují opatření, která jim byla doporučena. Dále, že ústní forma edukace převažuje nad písemnou. Za důležité považuji to, aby sestry nepodceňovaly edukační činnost jako součást ošetrovatelství a vzdělávaly se ve svém oboru. Vhodné by bylo, aby pro pacienty s nespecifickými střevními záněty vznikaly semináře o jejich onemocnění a pořádaly se setkání pacientů, kde by si mohli pacienti sdělit své zkušenosti.

Soupis bibliografických citací

1. Bureš, J.: Gastroenterologie 2006. Triton, Praha 2006, ISBN 80-7254-598-1
2. Červenková, R.: Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida. Galén, Praha 2009, ISBN: 978-80-7262-600-7
3. Čihák, R.: Anatomie 2, druhé, upravené a doplněné vydání. Grada publishing, Praha 2002, ISBN: 80-247-0143-X
4. Grofová, Z.: Nutriční podpora, Grada publishing, Praha 2007, ISBN: 978-80-247-1868-2
5. Jirásek, V., Brodanová, M., Mareček, Z.: Gastroenterologie, hepatologie, Galén, Praha 2002, ISBN: 80-7262-139-4
6. Juřeníková, P.: Zásady edukace v ošetrovatelské praxi, Grada, Praha 2010, ISBN: 978-80-247-2171-2
7. Kelnarová, J., Matějková, E.: Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty, Grada publishing, Praha 2009, ISBN: 978-80-247-2831-5
8. Kohout, P., Pavlíčková, J.: Crohnova choroba a ulcerózní kolitida, Forsapi, 2006, ISBN: 978-80-903820-0-8
9. Langmeier, M.: Základy lékařské fyziologie, Grada, Praha 2009, ISBN: 978-80-247-2526-0
10. Lukáš, K.: Gastroenterologie a hepatologie pro zdravotní sestry, Grada publishing, Praha 2005, ISBN: 80-247-1283-0
11. Lukáš, M.: Idiopatické střevní záněty, Galén, Praha 1998, ISBN 80-85824-79-5
12. Špičák, J.: Novinky v gastroenterologii a hematologii, Grada publishing, Praha 2008, ISBN: 978-80-247-1783-8
13. Targan, S., Shanahan, F., Karp, L.C.: Inflammatory bowel disease, Wiley-Blackwell 2010, ISBN 978-1-4051-5725-4
14. Venglářová, M., Mahrová, G.: Komunikace pro zdravotní sestry, Grada publishing, Praha 2006, ISBN: 80-247-1262-8
15. Svěráková, M.: Edukační činnost sestry, Galén, Praha 2012, ISBN 978-80-7262-845-2
16. Výživa při onemocnění morbus Crohn a colitis ulceroza [online]. <http://www.crohn.cz/colitiscrohn/product.asp?productID=404&detailSubCatCode=124>

17. Život s nespecifickými střevními záněty [online]. <http://www.strevni-zanety.cz/zivot-s-ibd>
18. Crohnova choroba [online]. <http://www.zdravastreva.cz/page/67998.crohnova-nemoc/>

Seznam tabulek

Tab. 1: Pohlaví respondentů

Tab. 2: Věk respondentů

Tab. 3: Rozdělení respondentů dle dosaženého vzdělání

Tab. 4: Rozdělení respondentů dle typu nespecifického střevního zánětu

Tab. 5: Rozdělení respondentů dle délky trvání onemocnění

Tab. 6: Součást léčby onemocnění

Tab. 7: Dieta dodržovaná v rámci onemocnění

Tab. 8: Potraviny působící zdravotní obtíže

Tab. 9: Dodržování dietních opatření

Tab. 10: Problémy v rámci výživy

Tab. 11: Množství tekutin vypitých za den

Tab. 12: Nevhodné činnosti při onemocnění

Tab. 13: Co pacienti dělají proto, aby onemocnění zůstalo v klidové fázi.

Tab. 14: Komplikace onemocnění

Tab. 15: Mimostřevní komplikace

Tab. 16: Co je to stomie?

Tab. 17: Pravidelnost návštěv v gastroenterologických poradnách

Tab. 18: Kdo edukoval pacienta?

Tab. 19: Metoda edukace

Tab. 20: Srozumitelnost informací

Tab. 21: Získávání podrobnějších informací

Tab. 22: Prostředí edukace

Tab. 23: Prostor pro zodpovězení dotazů

Tab. 24: Zodpovězení dotazů sestrou

Tab. 25: Čas věnovaný pacientovi sestrou

Seznam obrázků:

Obr. 1: Graf pohlaví respondentů

Obr. 2: Graf věku respondentů

Obr. 3: Graf rozdělení respondentů dle vzdělání

Obr. 4: Graf rozdělení respondentů dle typu nespecifického střevního zánětu

Obr. 5: Graf rozdělení respondentů dle délky trvání onemocnění

Obr. 6: Graf Součást léčby onemocnění

Obr. 7: Graf Dieta dodržovaná v rámci onemocnění

Obr. 8: Graf Potraviny působící zdravotní obtíže

Obr. 9: Graf Dodržování dietních opatření

Obr. 10: Graf Problémy v rámci výživy

Obr. 11: Graf Množství tekutin vypitých za den

Obr. 12: Graf Nevhodné činnosti při onemocnění

Obr. 13: Graf Co pacienti dělají proto, aby onemocnění zůstalo v klidové fázi.

Obr. 14: Graf Komplikace onemocnění

Obr. 15: Graf Mimostřevní komplikace

Obr. 16: Graf Co je to stomie?

Obr. 17: Graf Pravidelnost návštěv v gastroenterologických poradnách

Obr. 18: Graf Kdo edukoval pacienta?

Obr. 19: Graf Metoda edukace

Obr. 20: Graf Srozumitelnost informací

Obr. 21: Graf Získávání podrobnějších informací

Obr. 22: Graf Prostředí edukace

Obr. 23: Graf Prostor pro zodpovězení dotazů

Obr. 24: Graf Zodpovězení dotazů sestrou

Obr. 25: Graf Čas věnovaný pacientovi sestrou

Seznam příloh

Příloha 1: Hlavní rozdíly mezi Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou

Příloha 2: Střevo při onemocnění Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou

Příloha 3: Dotazník

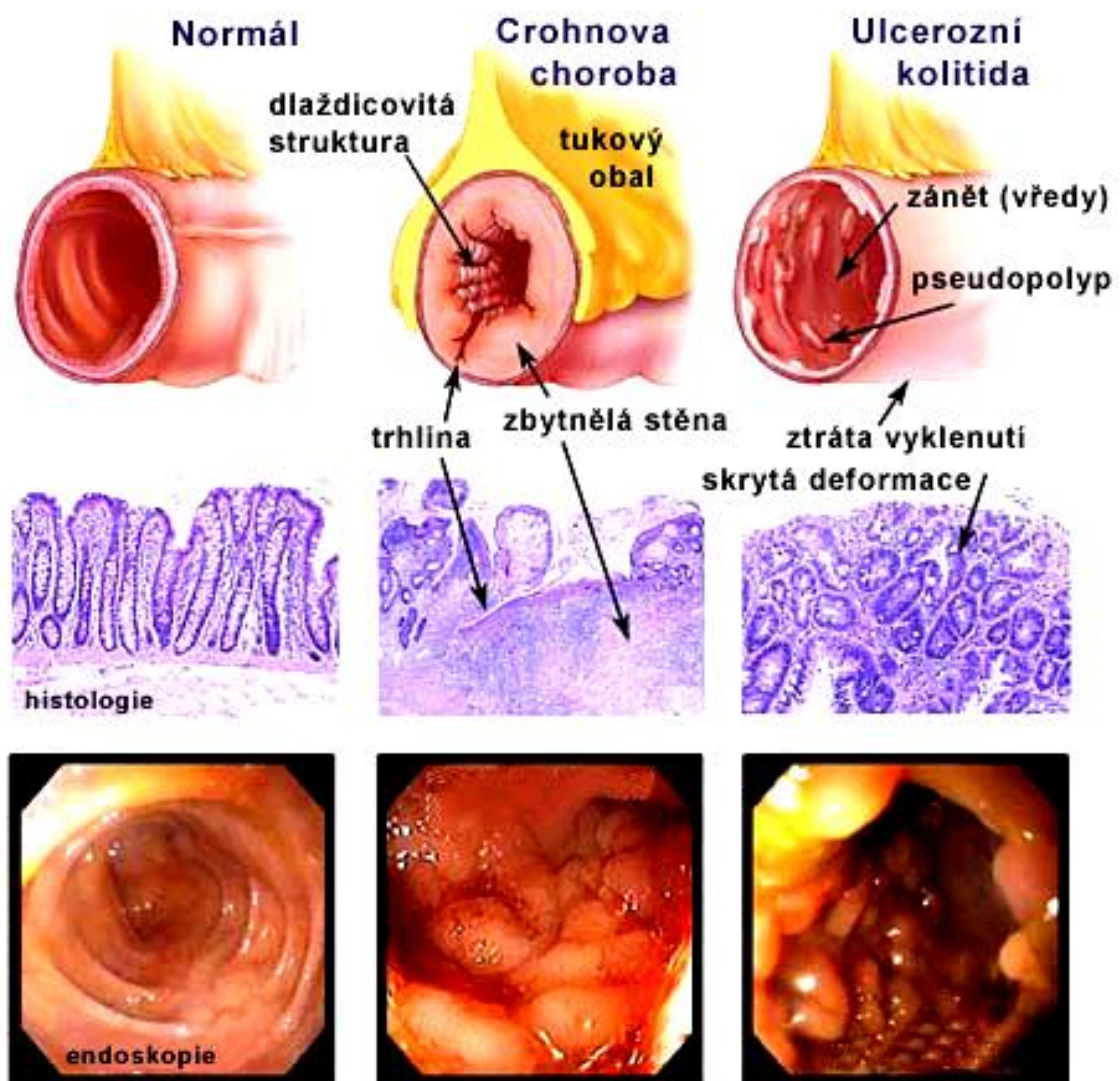
Příloha 1: Hlavní rozdíly mezi Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou

1.1.1 Rozdíly mezi MC a UC	
<u>crohnova nemoc</u>	<u>ulcerózní kolitida</u>
může postihnout celý trávicí systém od úst až po konečník	zasahuje vždy konečník a různě rozsáhlý úsek tlustého střeva
zasažené úseky střeva se střídají se zdravými	postihuje <u>střevo</u> vcelku, bez zdravých úseků
hlavním příznakem jsou průjmy, které jsou většinou bez příměsí	hlavním příznakem je <u>průjem</u> s příměsí krve
zánět postihuje celou střevní stěnu	zánět zasahuje pouze střevní sliznici
často je spojena se vznikem píštělí	píštěle se vytvářejí jen vzácně
nejčastěji postihuje pacienty ve věku 18 až 35 let	nejčastěji postihuje pacienty ve věku 30 až 40 let
výskyt u obou pohlaví je stejný	vyskytuje se 1,5krát častěji u žen

Nejnápadnějším rozdílem mezi oběma nemocemi je část střeva, kterou postihují, a hloubka, do které zasahují střevní stěnu.

<http://www.strevni-zanety.cz/rozdily-mezi-mc-a-uc>

Příloha 2: Střevo při onemocnění Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou



Příloha 3: Dotazník

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Petra Melicharová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia studijního programu Ošetřovatelství, v oboru Všeobecná sestra, na Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „*Edukace pacientů s nespecifickými střevními záněty*“.

Dotazníkové šetření je anonymní a výsledky budou sloužit ke zpracování mé bakalářské práce. V dotazníku zakroužkujte u každé otázky pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Děkuji za vyplnění dotazníku a čas strávený jeho vyplňováním.

Petra Melicharová

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Kolik je Vám let:

3. Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) středoškolské ukončené výučním listem
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4. Jakým typem nespecifického střevního zánětu trpíte?

- a) Crohnova choroba
- b) Ulcerózní kolitida

- 5. Jak dlouho onemocněním trpíte?**
- 6. Co považujete za důležitou součást léčby Vašeho onemocnění? (možno uvést více odpovědí)**
- a) dietu
 - b) pravidelné užívání léků
 - c) pravidelné kontroly v gastroenterologických poradnách
 - d) přístup k informacím o onemocnění
 - e) spolupráci se zdravotnickým personálem
 - f) Jiné:
- 7. Jak se nazývá dieta, kterou byste měli dodržovat v rámci Vašeho onemocnění?**
- a) bezlepková
 - b) bezezbytková
 - c) redukční
 - d) žádná dieta se nedodrhuje
- 8. Jaké potraviny Vám působí zdravotní obtíže? (možno uvést více odpovědí)**
- a) zelí
 - b) luštěniny
 - c) citrusové plody
 - d) syrová zelenina
 - e) mléko
 - f) ostré koření
 - g) nevím
 - h) jiné:
- 9. Dodržujete dietní opatření, která Vám byla doporučena?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) ne
 - d) spíše ne
- 10. S jakým problémem v rámci výživy se mohou pacienti s nespecifickými střevními záněty potýkat?**
- a) s obezitou
 - b) s podvýživou
 - c) s nadbytkem vitamínů
- 11. Jaké množství tekutin vypijete za den?**
- a) do 1,5 litru
 - b) 1,5 – 2 litry
 - c) více jak 2 litry

12. Co není vhodné, pokud trpíte nespecifickým střevním zánětem? (možno uvést více odpovědí)

- a) cestování
- b) kouření
- c) sportování
- d) dlouhodobý stres

13. Co děláte proto, aby Vaše onemocnění zůstalo v klidové fázi? (možno uvést více odpovědí)

- a) nekouřím
- b) nepiji alkohol
- c) sportuji
- d) dodržuji spánkový režim
- e) vyhýbám se dlouhodobému stresu
- f) Jiné:.....

14. Z uvedených možností označte komplikace, které mohou nastat v průběhu Vašeho onemocnění? (možno uvést více odpovědí)

- | | |
|--|--------------------------|
| a) chudokrevnost (anémie) | e) chronický kašel |
| b) karcinom plic | f) abscesy a píštěle |
| c) karcinom tlustého střeva | g) střevní neprůchodnost |
| d) roztažení tlustého střeva (toxické megakolon) | h) třes rukou |

15. Mezi mimostřevní komplikace nespecifických střevních zánětů patří postižení:

- a) kloubů, očí a kůže
- b) žádné mimostřevní komplikace neexistují
- c) srdce a svalstva

16. Co je to stomie?

- a) samovolně vzniklé vyústění střeva
- b) zánět tenkého střeva
- c) uměle chirurgicky vytvořené vyústění střeva na povrch dutiny břišní

17. Navštěvujete pravidelně gastroenterologickou poradnu?

- a) ano, pravidelně
- b) pouze pokud mám nějaký aktuální problém
- c) ne

18. Kdo Vás edukoval (poučil) o opatřeních (dieta, pohyb...) souvisejících s Vaším onemocněním? (možno uvést více odpovědí)

- a) lékař
- b) sestra
- c) nutriční terapeut
- d) jiné

19. Jakou metodou edukace (poučení) o opatřeních souvisejících s Vaším onemocněním probíhala?

- a) ústní formou – rozhovor
- b) písemnou formou – letáky, brožury
- c) ústní formou doplněnou o informační letáky, brožury

20. Byly informace, které Vám byly poskytnuty srozumitelné?

- a) ano
- b) ne

21. Kde jste získal/a podrobnější informace o onemocnění? (možno uvést více odpovědí)

- a) v gastroenterologické poradně
- b) z internetu
- c) z brožur, časopisů
- d) Jiné:.....

22. Bylo pro Vás prostředí, kde edukace (poučení) probíhala příjemné? (bez rušivých elementů, bez hluku)

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne

23. Vznikl při podávání informací o Vašem onemocnění v gastroenterologické poradně prostor pro zodpovězení Vašich dotazů?

- a) Ano
- b) Ne

24. Dokázala sestra v gastroenterologické poradně zodpovědět Vaše případné dotazy?

- a) Ano
- b) Ne

25. Sestra v gastroenterologické poradně:

- a) se mi nevěnovala vůbec
- b) mi poskytla jen základní informace- neměla čas
- c) mi věnovala dostatek času